Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



10/2004

LOKSINS

MEIRA LOFT

FYRIR SJÚKLINGA MEÐ LANGVINNA LUNGNATEPPU - LLT

SPIRIVA® (TIOTROPIUM)

Meira loft í lungun



Bætt og viðvarandi áhrif á einkenni LLT með Spiriva®

- Bætir lungnastarfsemi [1,2)]
- Minnkar mæði [1,2)]
- Fækkar versnunum [1,2)]
- Bætir lífsgæði [1,2)]
- Einu sinni á dag [1,2)]

Heimildir:
Casaburi et al. A longterm evaluation of once daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmanory disease. Eur Resp J 2002;19:217-224.
Vinken et al. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 years treatment with tiotropium. Eur Resp J 2002;19:209-216.

Pfizer

Umboðsaðili á Íslandi:
PharmaNor hf.,
Hörgatúni 2, 210 Garðabær

Sérlyfjatexti á bls. 726

Boehringer Ingelheim

675 Ritstjórnargreinar:
Mikilvægi rafstuðgjafar við endurlífgun
Davíð O. Arnar

681 **Endurhæfingarlífeyrir eða örorkulífeyrir? Aldur, kyn og sjúkdómsgreiningar við fyrsta mat**
Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Halldór Baldursson, Haraldur Jóhannsson

Endurhæfingarlífeyrir var einkum metinn yngri aldurshópum og örorka eldri hópunum. Geðraskanir voru algengasta læknisfræðileg forsenda örorkulífeyris hjá báðum kynjum, næst komu stoðkerfisraskanir, illkynja sjúkdómar og áverkar. Unnið var með skrá Tryggingastofnunar ríkisins.

685 **Áhrif díklófenac á mjógirni. Rannsókn með holsjárhylki**
Bjarni Þjóðleifsson, Ásgeir Theodórs, Ingvar Bjarnason

Það er vel þekkt að salílyf valda áverka á slímhúð í maga og skeifugörn en minna er vitað um áhrif þeirra á mjógirni. Ný tækni gerir mögulegt að skoða þessi áhrif. Lítið holsjárhylki sem sjúklingar kyngja berst með þarmahreyfingum eftir mjógirninu og sendir þráðlaust myndir í móttökubúnað á kviði sjúklings.

689 **Hjartastopp yfir Atlantsálum**
Hilmar Kjartansson, Hjalti Már Björnsson, Gestur Þorgeirsson, Felix Valsson

Við skyndilegt meðvitundarleysi og öndunarstöðvun er líklegast að um alvarlega hjartsláttaróreglu sé að ræða. Sé það sleglatif skiptir tíminn þar til rafstuði er beitt mestu máli. Sjúklingurinn sem hér er lýst væri áreiðanlega ekki á lífi nú ef ekki hefði verið hjartarafstuðtæki um borð í flugvélinni þar sem hann var farþegi þegar hann veiktist.

697 **Sjúkratilfelli mánaðarins: Þegar gigtarhnútar eru ekki gigtarhnútar**
Kristján Orri Helgason, Kristján Steinsson, Magnús Gottfreðsson

Þetta sjúkratilfelli er til þess fallið að minna heilbrigðisstarfsfólk á að rétt er að hafa sjúkdómsgreiningu í stöðugri endurskoðun, einkum þegar einkenni eða rannsóknaniðurstöður samrýmast illa þeirri greiningu sem gerð hefur verið. Fiskabakterían *M.marinum* er óalgengur sjúkdómsvaldur í mönnum en getur þó komið við sögu.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

10. tbl. 90. árg. október 2004

Aðsetur
Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar
Læknafélög: 564 4100
Læknablaðið: 564 4104
Bréfasími (fax): 564 4106

Læknablaðið á netinu
www.laeknabladid.is

Ritstjórn
Emil L. Sigurðsson
Hannes Petersen
Jóhannes Björnsson
Karl Andersen
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir
Vilhjálmur Rafnsson ábm.

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Brynja Bjarkadóttir
brynja@lis.is

Blaðamennska/umbrot
Þröstur Haraldsson
throstur@lis.is

Upplag
1.600

Áskrift
6.840,- m. vsk.
Lausasala
700,- m. vsk.

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

Prentun og bókband
Íslandsprent ehf.
Bæjarhrauni 22
220 Hafnarfirði

Pökkun
Plastpökkun ehf.
Skemmuvegi 8m
200 Kópavogi

ISSN: 0032-7213


Nýjung í lyfjameðferð
Brjóttu upp mynstrið
Náðu betri blóðsykurstjórn hjá sjúklingum með sykursýki af tegund 2
AVANDAMET
rosiglitazone/metformin HCl
Sérlyfjatexti á bls. 725
gsk
GlaxoSmithKline

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

702 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Áhuga-, atvinnu- eða ævintýramenn?**
Sigurbjörn Sveinsson

703 **Kvennaklínik í Kópavogi**
Kvensjúkdómalæknar, glasafrjóvgun og fleiri heilbrigðisstéttir undir sama þaki
Þröstur Haraldsson

705 **Þurfum að fá samanburð við það besta**
Kristinn Tómasson tók þátt ásamt fleirum í að kanna heilsufar og starfsumhverfi lækna á Landspítala í fyrra og telur brýnt að þátttaka í HOUPE-rannsókninni verði góð
Þröstur Haraldsson

706 **Opið bréf til lækna um HOUPE**
Sigurbjörn Sveinsson

708 **Skráning klínískra rannsókna**
Yfirlýsing Alþjóðanefndar ritstjóra læknisfræðitímarita

709 **Þegar þekkingin endar ofan í skúffu**
Þröstur Haraldsson

711 **Dreifibréf Landlæknisembættisins nr. 10/2004: Tilkynning frá sóttvarnalækni**

Ríkisstjórnin kannar nánar heilbrigðiskostnað
Ólafur Ólafsson

713 **Íðorð 169: Eftirfylgni**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

715 **Broshorn 52: Nærbuxur og blæðingar**
Bjarni Jónasson

716 **Leyfisveitingar**

Námskeið

717 **Félagsstarf/þing**

719 **Lausar stöður**

720 **Okkar á milli**

721 Sérlyfjatextar

727 **Minnisblaðið**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



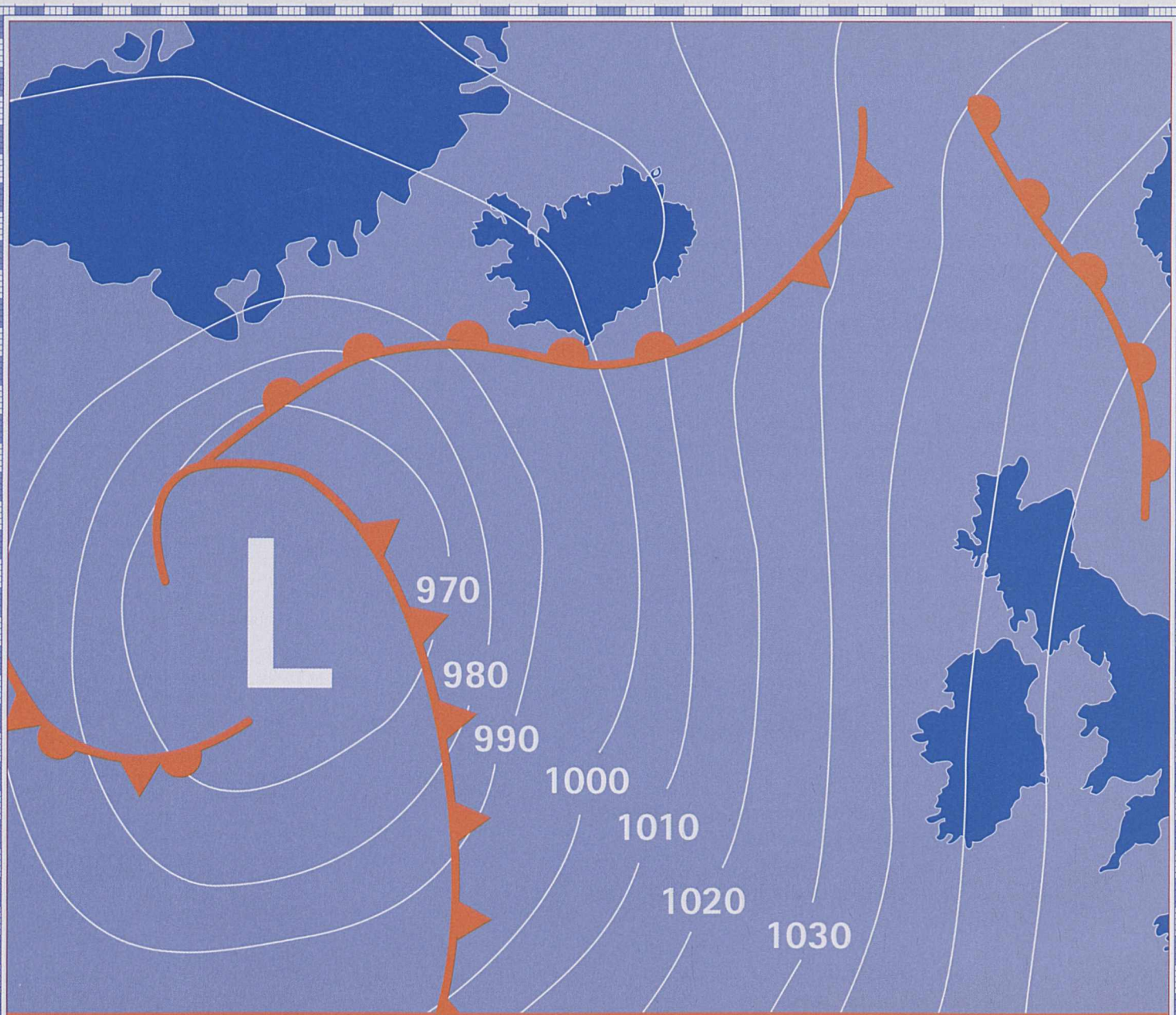
© Unnar Örn Auðarson Jónasson

Fyrir langa löngu settu myndlistarmenn spurningarmerki við að listaverk þyrfti að vera hlutur sem stilla mætti fram og varðveita að eilífu. Eftir margs konar hræringar og listastefnur á 20. öld blasir nú við sú staðreynd að myndlist getur verið í formi viðburða, innsetninga, hljóðs og forgengilegra muna, svo fátt eitt sé nefnt. Um nokkurt skeið hafa listamenn fengist við samskipti sem efnivið og er myndin á forsíðu Læknablaðsins gott dæmi um það. **Unnar Örn Auðarson Jónasson** (f. 1974) sýndi verkið á Seyðisfirði fyrr á árinu og nefndi **Plöntuskiptistöð**. Hann sýnir það í breyttri mynd á Listasafni Íslands nú í nóvember og til að njóta þess til fulls eru læknar og aðrir hvattir til að fara á staðinn. Öðruvísi fær maður ekki af því rétta mynd því ljósmyndin er aðeins forsmekkur.

Unnar setti upp hillur á vegg í sýningarrýminu og voru þar krúsir og pottar með græðlingum og afleggjurum ýmissa pottablóma og bækur um blómarækt að auki. Gestum var síðan velkomið að taka með sér blóm í potti eða koma með afleggjara heiman frá sér og bæta í hillurnar. Seyðfirðingar voru virkir þátttakendur og plöntum skipt í gríð og erg, bækur fengnar að láni, skilað aftur og að öllum líkindum vaxa nú ný heimilisblóm um allan bæ allt eftir natni hvers og eins. Þannig má ljóst vera að verkið er hvorki hillurnar með bókunum og afleggjurunum né blómin heima í stofu. Að fólk skyldi koma, lesa, skiptast á blómum, spjalla við listamanninn og hvert annað, það var listaverkið.

Verkið má íhuga á margan hátt. Unnari er hugleikið eðli blómanna og sér það í samhengi við eðli annarra hluta. Séu aðstæður réttar geta þau lifað áfram um ófyrirsjáanlegan tíma. Ferlið er háð nokkrum þáttum eins og gróðurmold, birtu, vatni og ekki síst því að fólk taki afleggjara og hlúi að. Þarna spila peningar ekkert hlutverk og er þetta sjálfsagt eitt fárra dæma nú orðið um auðgandi ferli sem er óháð þeim, þannig má sjá þetta sem pólitískt verk. Gagnrýnandi Moggans sá það sem endurspeglun listarinnar, að á sýningum geti fólk tekið með sér hluta af verkinu, hugsað um hann og uppskorið ríkulega. Ekki má síðan gleyma þeim fjölda gesta sem höfðu hreina ánægju af því að eignast ný blóm á heimilið. Nú er bara að drífa sig í Listasafnið.

Markús Þór Andrésson



Lamictal® bægir frá lægðum og gefur sjúklingum með geðhvörf góðar horfur

Öflug forvarnarmeðferð við þunglyndi er ekki síður mikilvægur þáttur við meðhöndlun geðhvarfa en meðferð gegn örlyndi (mania)[1]. Sýnt hefur verið fram á að Lamictal hefur slík áhrif.

Í stærstu rannsókn sem um getur á sviði geðhvarfasjúkdóma kemur í ljós að Lamictal seinkar komu þunglyndis hjá sjúklingum með geðhvörf og oft á tíðum í ár eða lengur.[2,3]

Lamictal þolist vel, ekki er ástæða til að mæla blóðþéttni lyfsins og aukaverkanamynstur lyfsins er vel þekkt eftir áralanga notkun þess við flogaveiki.

Lamictal meðferð veldur ekki örlyndi hjá sjúklingum með geðhvörf.

Lamictal er nýtt vopn í baráttunni við geðhvörf

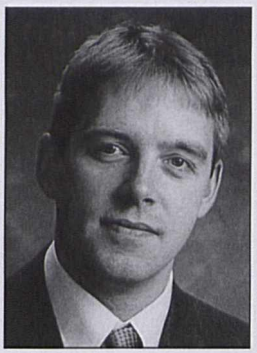
Lamictal™
Lamotrigine gegn geðhvörfum

Lamictal lausnartöflur.Lamotriginum INN 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg **Geðhvarfasjúkdómur (Bipolar Disorder) (Fullorðnir 18 ára og eldri)** Lamictal er ætlað til að fyrirbyggja geðbrigði hjá sjúklingum með geðhvarfasjúkdóm, einkum með því að fyrirbyggja geðlægðir. **Meðferð samhliða lyfjum sem hafa engar klínískar milliverkanir á lyfjahvörf lamótrigíns, t.d. litíum, EÐA meðferð með lamótrigíni einu sér.** Upphafsskammtur lamótrigíns hjá sjúklingum sem eru á meðferð með lyfjum sem hafa engar þekktar/fræðilegar milliverkanir á lyfjahvörf lamótrigíns eða eru á meðferð með lamótrigíni einu sér, er 25 mg einu sinni á dag í tvær vikur, en síðan 50 mg einu sinni á dag í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 100 mg/dag einu sinni á dag í 5. viku. Venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 200 mg/dag. **Meðferð samhliða ensímhemlum t.d. valpróati.** Hjá sjúklingum sem eru á samhliða meðferð með ensímhemlum svo sem valpróati, er upphafsskammtur lamótrigíns 25 mg annan hvern dag í tvær vikur, en síðan 25 mg einu sinni á dag í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 50 mg einu sinni á dag í 5. viku. Venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 100 mg/dag. Auka má skammtinn í hámarksdagskammt 200 mg á dag. **Meðferð samhliða lyfjum sem innleiða ensím t.d. karbamasepíni og fenóbarbítóni hjá sjúklingum sem EKKI eru á valpróat meðferð.** Hjá sjúklingum sem eru á meðferð með lyfjum sem innleiða ensím svo sem karbamasepíni eða fenóbarbítóni og EKKI eru á valpróat meðferð, er upphafsskammtur lamótrigíns 50 mg einu sinni á dag í tvær vikur, en síðan 100 mg/dag gefin í tveimur skömmtum, í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 200 mg/dag gefin í tveimur skömmtum í 5. viku. Auka má skammtinn í 6. viku í 300 mg/dag gefin í tveimur skömmtum, en venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 400 mg/dag gefinn í tveimur skömmtum, en hann má gefa frá 7. viku.**Börn (yngri en 18 ára):** Öryggi og verkun lamótrigíns við geðhvarfasjúkdómi hafa ekki verið metin hjá þessum aldurshópi. Því er ekki hægt að veita ráðleggingar um skammta. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun.** Skráðar hafa verið aukaverkanir á húð, sem yfirleitt hafa átt sér stað innan 8 vikna eftir að lamótrigín (Lamictal) meðferð er hafin. Í flestum tilvikum er um væg útbrot að ræða sem ganga yfir, en alvarleg útbrot sem hafa verið ástæða til sjúkrahúsinnlagnar og stöðvunar lamótrigín meðferðar, hafa einnig átt sér stað. Þetta hafa m.a. verið lífshættuleg útbrot s.s. Stevens Johnson heilkenni og toksísk epidermal nekrólýsa. Mögueg sjálfsvígstilhneiging liggur í eðli geðhvarfasjúkdóms, því skal veita sjúklingum eftirlit samhliða lyfjameðferð. **Milliverkanir** Ekkert bendir til þess að lamótrigín valdi klínískt marktækri innleiðslu eða hömlun á lífrarensímum sem hvetja oxun lyfja. **Aukaverkanir Mjög algengar:** húðútbrot, pirringur, höfuðverkur, tvísýni, þokusýn. **Algengar:** syfja, svefnleysi, svimi, skjálfti, ógleði, þreyta, uppnám, svefnhöfgi, liðverkir, verkir, bakverkir. **Sjaldgæfar:** Árásargirni. Samhæfingarleysi. **Mjög sjaldgæfar:** Stevens Johnson heilkenni. Slímhimnubólga. **Örsjaldan koma fyrir:** Toksísk epidermal nekrólýsa. Breytingar á blóðmynd, m.a. neutrofilafæð, hvítkornafæð, blóðleysi, blóðflögufæð, blóðkornafæð, aplastískt blóðleysi og kyrningafæð, Ofnæmisheilkenni, Uppnám, óstöðugleiki, truflanir á hreyfingum, versnun Parkinsons sjúkdóms, extrapýramidal áhrif, fettu- og brettuástand (choreoathetosis), aukin tíðni floga. Hækkuð gildi á lifrarprófum, skert lifrarstarfsemi, lifrarbilun, Lupus-lík einkenni. Sjá nánari uppl. í sérlyfjaskrártexta. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylt, R E **Pakkningar og verð des 2003:** 5 mg: 28 stk.(þynnupakkað) 1686 kr., 25 mg: 56 stk. (þynnupakkað) 3968 kr., 50 mg: 56 stk..(þynnupakkað) 6117 kr., 100 mg: 56 stk.(þynnupakkað) 6437 kr., 200 mg: 56 stk.(þynnupakkað) 10761 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** GlaxoSmithKline ehf., Þverholt 14, 105 Reykjavík Jan 2004

Heimildir: 1. Bipolar depression and rapid cycling: The latest pharmacologic strategies. Brown University Child and Adolescent Psychopharmacology Update 2002;13:1,10-12. **2.** Calabrese JR: Bowden, CL; Sachs, G; Yatham, LN; Behnke, K; Mehtonen, OP; Montgomery, P; Ascher, J; Paska, W; Earl, N; DeVeaugh-Geiss, J. Journal of Clinical Psychiatry, April 2003, submitted. **3.** Bowden CL, Calabrese JR, Sachs G, et al. A randomized, placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. Archives of General Psychiatry. 2003;60:392-402.

GlaxoSmithKline

Mikilvægi rafstuðgjafar við endurlífgun



Davíð O. Arnar

Þó að nákvæmar tölur um tíðni hjartastopps hérlendis liggi ekki fyrir er sennilega óhætt að áætla að tíðni þess sé svipuð og hjá nágrannaþjóðum, eða um 1/1000 íbúa á ári (1). Meirihluti þeirra sem fara í hjartastopp eru sjúklingar með kransæðasjúkdóm en hjartastopp getur stundum verið fyrsta einkenni sjúkdómsins.

Sleglahraðtaktur og sleglatif eru orsök hjartastopps utan sjúkrahúsa í allt að 80-90% tilfella. Horfur sjúklinga sem fara í hjartastopp utan sjúkrahúss fara eftir því hvort vitni séu til staðar og viðbrögðum vitna. Við hjartastopp utan sjúkrahúsa skiptir höfuðmáli að vitnið hringi fyrst í 112 og kalli eftir sérhæfðri aðstoð og hefji síðan hjartahnoð.

Hjartahnoð getur viðhaldið lágmarksblóðflæði til hjarta og heila. Þetta getur skipt sköpum þar sem slíkt getur seinkað tilkomu rafleysu og aukið líkur á að sjúklingur sé í takti sem svarar rafstuðgjöf eftir að sjúkrabifreið með rafstuðgjafa er komin á vettvang. Sé rétt að þessum fyrstu viðbrögðum staðið aukast líkur á að sjúklingur lifi hjartastoppið af ásamt því sem hætta á varanlegum heilaskaða minnkar. Endurlífgunarráð lagði áherslu á mikilvægi þessara fyrstu viðbragða í herferðinni hringja-hnoða árið 2002 (2).

Í flestum tilfellum er þó ekki nóg að framkvæma eingöngu hjartahnoð. Sleglahraðtaktur og sleglatif svara gjarnan ekki annarri meðferð en rafstuðgjöf. Það er því mikilvægt að slíkri meðferð sé beitt sem allra fyrst eftir að hjartsláttartruflunin hefst þar sem báðar takttruflanirnar geta farið yfir í rafleysu tiltölulega fljótt. Rafleysa svarar ekki rafstuðmeðferð og er hæpið að frekari endurlífgunartilraunir reynist árangursríkar þegar slíkt er raunin.

Þar til nýlega hefur einungis verið unnt að beita rafstuðmeðferð á sjúkrahúsum eða í sjúkrabifreiðum. Í samræmi við þetta var rafstuðsgjöf lengi vel eingöngu framkvæmd af læknum og hjúkrunarfræðingum. Á undanförnum árum hafa aðrar stéttir, sér í lagi sjúkraflutningamenn, fengið þjálfun til að beita rafstuðtækjum. Ákvörðun um hvort beita eigi rafstuðmeðferð með handstýrðum rafstuðgjöfum (manual defibrillator) getur verið vandasöm þar sem hún krefst ítarlegrar þekkingar í greiningu takttruflana. Ónákvæmni í greiningu getur leitt til þess að meðferð sé ekki veitt þegar hún er viðeigandi eða þá að rafstuð sé gefið þegar slíkt á ekki við.

Á undanförnum áratug hefur verið þróuð ný tegund af rafstuðtækjum sem eykur notkunarmöguleika þeirra til muna. Hér er um að ræða einföld tæki sem hafa innbyggt forrit sem greinir hjartsláttartruflanir með allnokkurri nákvæmni og ýmist gefur rafstuð eða fyrirmæli um slíkt. Þessi tæki kallast sjálfvirk hjartarafstuðtæki (automatic external defibrillator, AED) og eru handhæg auk þess að vera afar einföld í notkun. Þau eru tiltölulega ódýr miðað við handstýrðu tækin og krefjast í flestum tilfellum lítils viðhalds. Það er erfitt að valda skaða með þessum tækjum enda ekki hægt að gefa rafstuð nema tækið hafi greint takttruflun sem er líkleg til að svara slíku. Illmögulegt er að trufla greiningarhæfni tækjanna viljandi þannig að það leiði til þess að óviðeigandi rafstuð sé gefið.

Notkun þessara tækja hefur farið ört vaxandi á undanförnum árum. Fram til þessa hafa þau meðal annars verið notuð um borð í flugvélum, á flugvöllum, íþróttavöllum og í spilavítum (3-6). Árangur af notkun þessara tækja hefur verið góður og í öllum tilfellum er lífun talsvert betri en eftir endurlífgun utan sjúkrahúsa almennt. Það sem ekki er síður mikilvægt er að ekki hefur verið sýnt fram á skaða eða fylgikvilla af notkun tækjanna. Í flestum rannsóknum hefur notkun þeirra þó takmarkast við þá sem hafa hlotið til þess sérþjálfun, eins og flugfreyjur eða öryggisverði, nema á flugvöllum Chicago-borgar. Þar var sjálfvirkum rafstuðtækjum komið fyrir víða og aðeins lítill hluti starfsfólks þjálfaður í notkun þeirra (6). Notkun tækjanna á flugvöllum í Chicago var þó ekki takmörkuð við þá sem hlotið höfðu til þess þjálfun og í raun voru það leikmenn sem komu oftast fyrstir að hjartastoppi og notuðu tækin. Þetta var fyrsta rannsóknin sem sýndi fram á ávinning af notkun sjálfvirkra hjartarafstuðtækja hjá leikmönnum.

Nýlega birtust tvær greinar til viðbótar sem staðfesta mikilvægi skjótra viðbragða og rafstuðgjafar við endurlífgun (7, 8). Í annarri rannsókninni, *The Public Access Defibrillation Trial*, voru sjálfboðaliðar víða í Bandaríkjunum þjálfaðir í grunnendurlífgun og sumir jafnframt í notkun sjálfvirkra hjartarafstuðtækja (7). Í flestum tilfellum voru sjálfboðaliðarnir íbúar fjölbýlishúsa eða starfsmenn þar sem fjölmenni kemur saman, eins og til dæmis í verslunarmiðstöðvum. Borin var saman lifun eftir hjartastopp eftir svæðum þar sem sjálfboðaliðar höfðu annaðhvort verið þjálfaðir í grunnendurlífgun einni sér eða í grunnendurlífgun og notkun sjálfvirkra hjartarafstuðtækja. Hlutfall þeirra sem lifðu af hjá hópnum sem gat gefið rafstuð auk grunnendurlífgunar var 24,5% á móti 14% í hinum hópnum.

Í hinni rannsókninni sem er frá Ontario í Kanada

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Davíð O. Arnar, bráðamóttöku Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Netfang: *davidar@landspitali.is*

Höfundur er hjartalæknir á Landspítala Hringbraut og formaður Endurlífgunarráðs.

var skoðað hvort mögulegt væri að auka lifun eftir hjartastopp utan sjúkrahúss ef sérhæfðri endurlífgun (advanced cardiac life support) væri beitt eftir rafstuðgjöf (8). Ekki reyndist vera munur á lifun hópanna eftir því hvort þeir fengu sérhæfða endurlífgun eftir rafstuðgjöf eður ei. Fylgni var milli bættrar lifunar og hvort vitni voru að hjartastoppi, hvort vitni hófu grunnendurlífgun og hvort tókst að beita rafstuðgjöf innan átta mínútna. Þessar niðurstöður undirstrika enn frekar ávinning grunnendurlífgunar og rafstuðgjafar snemma eftir hjartastopp.

Þar til á síðasta ári voru sjálfvirk hjartarafstuðtæki notuð nær eingöngu í sjúkrabifreiðum og á heilbrigðisstofnunum hérlendis. Notkun þeirra hefur hins vegar farið vaxandi í kjölfar kynningarfundar Endurlífgunarráðs um sjálfvirk hjartarafstuðtæki í október síðastliðnum (9). Að mati ráðsins koma ýmsar staðsetningar hérlendis til greina fyrir slík tæki. Það er þó skoðun ráðsins að það ætti að vera forgangsverkefni að útbúa sjúkrabifreiðar og heilbrigðisstofnanir slíkum tækjum auk lögreglubifreiða í þeim byggðarlögum þar sem sjúkrabifreið er ekki til taks.

Þar að auki gætu sjálfvirk hjartarafstuðtæki hentað fyrir fjölmenna vinnustaði fjarri byggð, flugstöðvar, flugvélar, langferðabifreiðar og jafnvel skip á miðum. Mjög æskilegt er að þeir sem lent gætu í því að nota sjálfvirk hjartarafstuðtæki í starfi sínu hljóti þjálfun í notkun þeirra auk kennslu í grunnendurlífgun. Endurlífgunarráð hefur þó ekki talið rétt að notkun þessara tækja sé bundin við þá sem hafa hlotið til þess þjálfun þar sem slíkt gæti mögulega komið í veg fyrir lífsbjörg.

Það er hins vegar staðreynd að flest hjartastopp utan sjúkrahúsa eiga sér stað í heimahúsum (10). Þetta takmarkar það gagn sem hafa má af tækjum sem einungis er komið fyrir á völdum stöðum utan sjúkrahúsa. Sem stendur eru þó engar rannsóknir til um árangur af notkun sjálfvirkra hjartarafstuðtækja í heimahúsum.

Það er ljóst að rafstuðsgjöf á brjósthol snemma eftir hjartastopp gegnir lykilhlutverki í endurlífgun. Með tilkomu sjálfvirkra hjartarafstuðtækja skapast möguleiki á að auka aðgengi að slíkum tækjum utan sjúkrahúsa hérlendis. Það ásamt aukinni vitund almennings um hjartastopp, þar með talið mikilvægi þess að hringja strax í 112 og hefja síðan hjartahnoð meðan beðið er eftir sjúkrabifreið, eru meginforsendur þess að hægt sé að bæta lifun eftir hjartastopp utan sjúkrahúss.

Heimildir

1. Nichol G, Stiell IG, Laupacis A, Pham B, De Maio V, Wells GA. A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med 1999; 34: 517-25.
2. Arnar DO, Þengilsdóttir S, Torfason B, Valsson F, Þorgeirsson G, Svavarsdóttir H, et al. Hringja – hnoða. Tillaga að einföldum viðbrögðum almennings við hjartastoppi utan sjúkrahúss. Læknablaðið 2002; 88: 646-8.
3. O'Rourke MF, Donaldson EE, Geddes JS. An airline cardiac arrest program. Circulation 1997; 96: 2106-9.
4. Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcome of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casino. N Eng J Med 2000; 343: 1206-9.
5. Page RL, Joglar JA, Kowal RC, Zagrodzky JD, Nelson LL, Ramaswamy K, et al. Use of automated external defibrillators by a U.S. airline. N Eng J Med 2000; 343: 1210-6.
6. Caffrey Sl, Willoughby PJ, Pepe PE, Becker LB. Public use of automated external defibrillators. N Eng J Med 2002: 347: 1242-7.
7. The Public Access Defibrillation Trial Investigators. Public access defibrillation and survival after out of hospital cardiac arrest. N Eng J Med 2004; 351: 637-46.
8. Stiell IG, Wells GA, Field B, Spaite DW, Nesbitt LP, De Maio V, et al. Advanced cardiac life support in out of hospital cardiac arrest. N Eng J Med 2004; 351: 647-56.
9. Arnar DO, Þengilsdóttir S, Björnsson HM. Notkun sjálfvirkra hjartarafstuðstækja utan sjúkrahúsa á Íslandi. Klínískar leiðbeiningar. *www.landlaeknir.is*
10. Becker L, Eisenberg M, Fahrenbruch C, Cobb LA. Public locations of cardiac arrest: implications for public access defibrillation. Circulation 1998; 97: 2106-9.



Þetta merki var teiknað af Einari Magnússyni (Auglýsingastofunni Himinn og haf) fyrir Endurlífgunarráð í tilefni af kynningarfundi ráðsins á sjálfvirkum hjartarafstuðtækjum í október 2003.



SAAB

– ávallt öruggur um það besta

Saab hefur ávallt verið brautryðjandi og fyrirmynd annarra bílaframleiðenda hvað öryggi varðar, það er viðurkennd staðreynd. En tilfinningin sem þú upplifir við að sitja í Saab er líka algjörlega einstök. Þú skilur hana til fulls þegar þú sest inn í Saab og ekur af stað. Upplifðu Saab hjá Ingvari Helgasyni.

Tegund	Dyr	Verð
Saab 9-3 Sport Sedan Linear 2.0 150 hö.	4	3.990.000 kr.
Saab 9-5 Sedan Linear 2.0 150 hö.	4	4.190.000 kr.
Saab 9-5 Wagon Linear 2.0 150 hö.	4	4.290.000 kr.



Ingvar Helgason hf. | Sævarhöfða 2 Sími 525 8000 www.ih.is | Opið: Mánudaga – föstudaga kl. 9:00 – 18:00 og laugardaga kl. 13:00 – 17:00

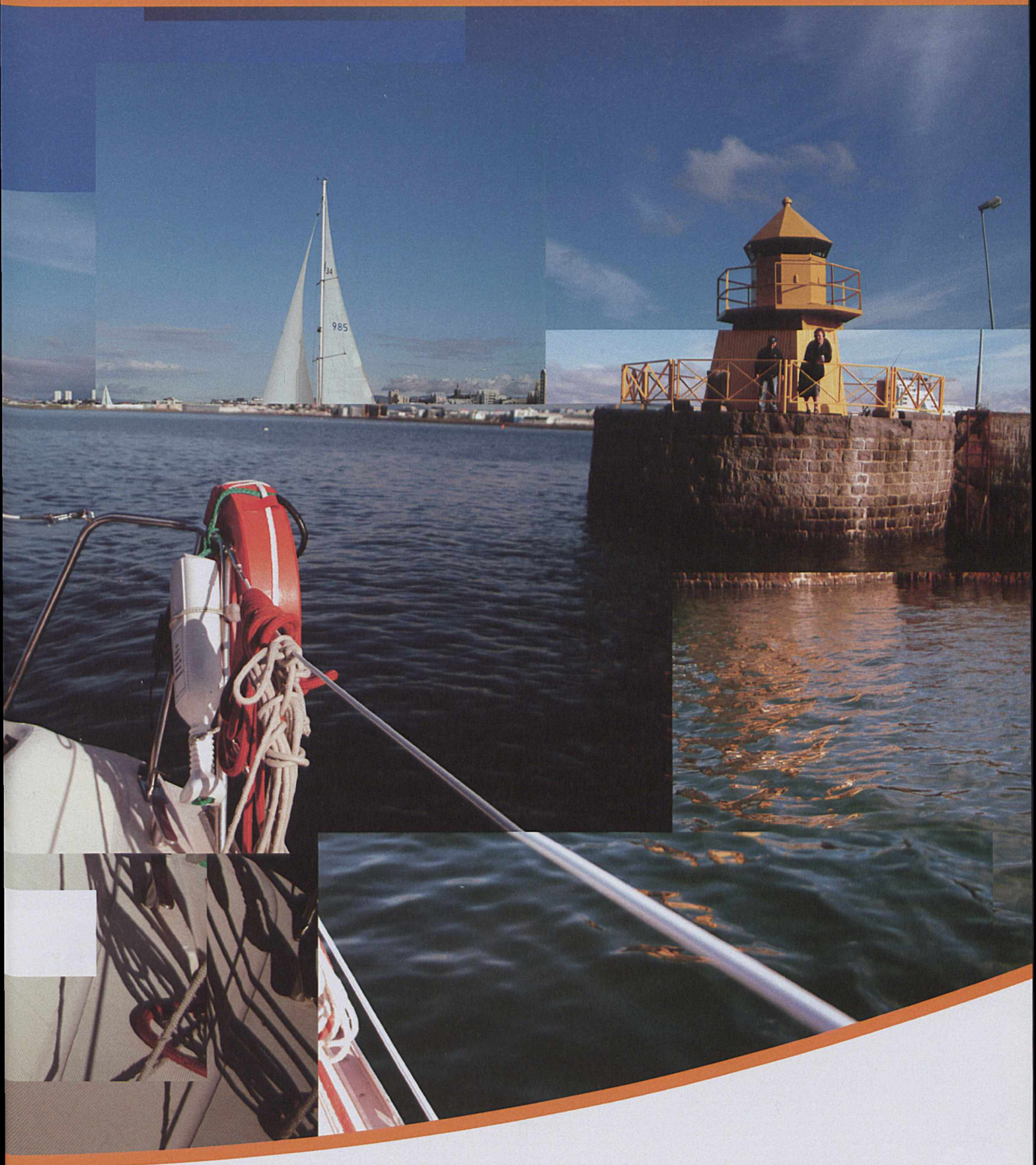


Hetjur hversdagsins...

...CRESTOR (rósúvastatín) markar tímamót í lækkun á kólesteróli. Í krafti einstakra eiginleika leggur lyfið sitt af mörkum til að fólk geti lifað auðugu og innihaldsríku hversdagslífi.

CRESTOR lækkar LDL-C um 52-63% með skráðum 10-40 mg styrkleika.[1,2] CRESTOR gerir marktækt fleiri sjúklingum fært að ná LDL-C meðferðarmarkmiðum en atorvastatín, símvastatín og pravastatín.[2] Auk þess hækkar CRESTOR 10 mg HDL-C marktækt meira en atorvastatín 10 mg.[3,4] Hækkunin á HDL-C viðhelst með 10-40 mg styrkleika.[5] *Sjá lyfjatexta og heimildir.*

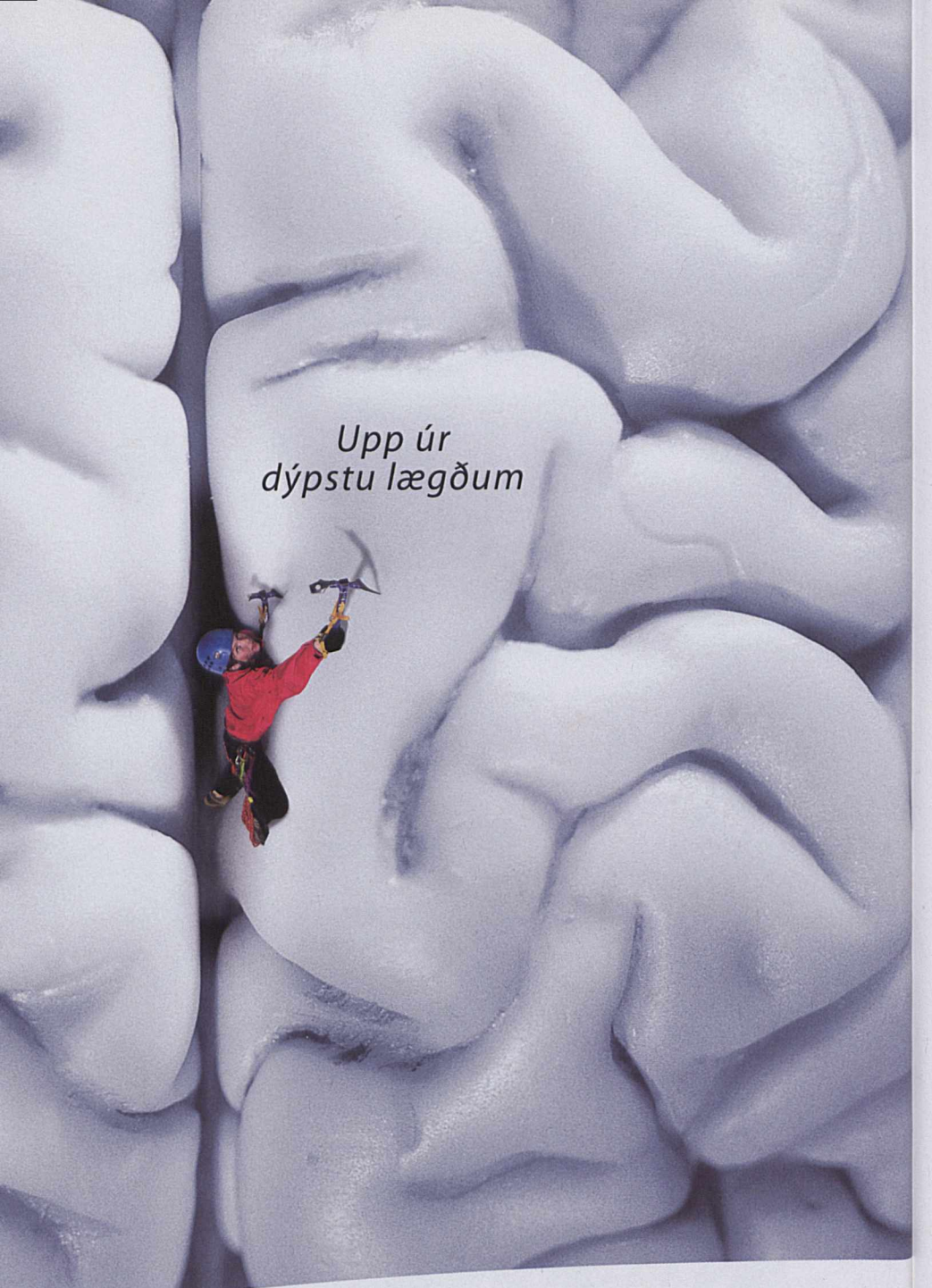
AstraZeneca



CRESTOR
rósúvastatín

Lífið á leik!

Sérlyfjatexti á bls. 721



Míron

Fljótvirkt lyf gegn þunglyndi

hjá sjúklingum með sykursýki, truflun á þvaglátum (s.s. við stækkun blöðruhálskirtils), bráða þrönghornsgláku og aukinn augnþrýsting. Hafa ber í huga að eldri sjúklingar eru oft næmari fyrir aukaverkunum þunglyndislyfja. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. Lyfið er ekki ávanabindandi en sé langtíma þunglyndislyfjameðferð hætt skyndilega geta sjúklingar fundið fyrir fráhvarfseinkennum eins og ógleði og höfuðverk. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Athuga skal að hjá sumum sjúklingum getur mirtazapín haft áhrif á einbeitingu og viðbragðsflýti og ættu þeir sjúklingar að hafa það í huga við akstur og stjórnun vélknúinna tækja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin gögn liggja fyrir varðandi klínísk áhrif mirtazapíns á fóstur manna eða nýbura en rannsóknir á dýrum hafa sýnt að mirtazapín getur valdið eituráhrifum og hækkun á dánartíðni nýfæddra afkvæma. Barnshafandi konur ættu einungis að nota lyfið ef brýna nauðsyn ber til og mögulegur ávinningur móður vegur þyngra en hugsanlegur fósturskaði. Dýrarannsóknir benda til þess að mirtazapín skiljist aðeins í litlu magni út í brjóstamjólk. Gögn varðandi útskilnað í móðurmjólk eru þó ekki nægileg til að hægt sé að meta hættuna fyrir barnið. **Aukaverkanir:** *Algengar (>1%):* Aukin matarlyst og þyngdaraukning, syfja, bjúgur, svimi og höfuðverkur. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Þreyta, stöðubundinn lágþrýstingur, oflæti, krampar, skjálfti, vöðvakippir, martraðir/ljóslifandi draumar, bráð mergbæling, hækkun á transamínósum í sermi, fótaórói, liðverkir/vöðvaþrautir, útbrot, þreytt húðskyn. **Milliverkanir:** Mirtazapín á ekki að nota samtímis MAO-hemlum og ekki fyrr en 2 vikum eftir að töku slíkra lyfja er hætt. Mirtazapín getur aukið róandi áhrif benzódíazepínlyfja. Rannsóknir á milliverkunum mirtazapíns og ensímhamlandi eða ensímhvetjandi lyfja eru ófullnægjandi. *In vitro* rannsóknir sýna þó að mirtazapín getur virkað sem hemill á cýtókróm P450 ensím 1A2, 2D6 og 3A4. Klínískt mikilvægi þessa er óljóst en þar til nákvæmari gögn liggja fyrir ber að gæta varúðar við samhliða gjöf með lyfjum sem nota þessar umbrotsleiðir. Þetta á sérstaklega við um lyf með þröngt lækningabil, s.s. teófyllín, clózapín, perfenasín, lyf við hjartsláttaróreglu, flogaveikilyf, þríhringja geðdeyfðarlyf, ciclosporin A og terfenadín. Karbamazepín og rífampícín örva umbrot mirtazapíns og minnka því plasmastyrk þess. Við samhliða gjöf mirtazapíns og címetidíns eykst plasmastyrkur mirtazapíns. Flúvoxamín er hemill á CYP 1A2. Kódein og mörg lyf í flokki sefandi lyfja (tíorídazín, perfenazín, súklópentixól, halóperidól og risperidón) og mörg geðdeyfðarlyf (flúoxetín, paroxetín, sertralín og venlafaxín) eru hemlar á CYP 2D6 og geta þessi lyf því hamlað umbroti hvors annars. Greint hefur verið frá einu tilfelli serótóníneheilkennis eftir samhliða notkun flúoxitíns og mirtazapíns en vegna hamlandi áhrifa flúoxitíns á umbrot mirtazapíns eykst plasmastyrkur þess. Vegna hamlandi áhrifa paroxetíns á umbrot mirtazapíns eykst plasmastyrkur mirtazapíns. Samhliða gjöf er óráðleg út frá lyfjafræðilegu sjónarmiði. Gæta skal varúðar þegar öflugir CYP 3A4-hemlar, s.s. HIV-próteasahemlar, sveppalyf af azólflokki, erytrómýcín og nefazódón eru gefnir samhliða mirtazapíni. Séu ensímhamlandi eða ensímhvetjandi lyf gefin samhliða mirtazapíni gæti þurft að aðlaga skammtinn og síðan aftur ef samhliða meðferð þessara lyfja er hætt. Í in vivo milliverkana-rannsóknum hafði mirtazapín ekki áhrif á lyfjahvörf risperidóns, paroxetíns, carbamazepíns, amitriptýlíns og címetidíns. Engin klínísk áhrif sem skipta máli eða breytingar á lyfjahvörfum hafa komið fram hjá mönnum við samtímis gjöf mirtazapíns og litíums. Varast ber að neyta áfengis samtímis töku lyfsins þar sem áhrif þess á miðtaugakerfið geta verið aukin. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. okt. 2004:** Töflur 30 mg: 30 stk. 4.747 kr., 100 stk. 13.009 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. Markaðsleyfishafi: Actavis hf. Maí 2003.

actavis
hagur í heilsu

Endurhæfingarlífeyrir eða örorkulífeyrir? Aldur, kyn og sjúkdómsgreiningar við fyrsta mat tryggingalæknis

Sigurður Thorlacius[1,2]
SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA- OG TAUGASJÚKDÓMUM

Sigurjón B. Stefánsson[1,2,3]
SÉRFRÆÐINGUR Í GEÐLÆKNINGUM OG KLÍNÍSKRI TAUGALÍFEÐLISFRÆÐI

Halldór Baldursson[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í BÆKLUNARSKURÐLÆKNINGUM

Haraldur Jóhannsson[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA- OG TAUGASJÚKDÓMUM

[1]Tryggingastofnun ríkisins,
[2]læknadeild Háskóla Íslands,
[3]taugasjúkdómadeild Landspítala

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Sigurður Thorlacius,
Tryggingastofnun ríkisins,
Laugavegi 114, 150 Reykjavík.
Sími 560 4400,
bréfsími 560 4461.
sigurdur.thorlacius@tr.is

Lykilorð: endurhæfing, endurhæfingarlífeyrir, örorka, örorkulífeyrir, almannatryggingar.

Ágrip

Tilgangur: Að bera saman fyrsta læknisfræðilegt mat vegna endurhæfingarlífeyris og vegna örorkulífeyris á Íslandi á tímabilinu 1. september 1999 til 30. nóvember 2003 í því skyni að kanna hvar áherslur í endurhæfingu liggja.

Efniviður og aðferðir: Unnar voru upplýsingar úr skrám Tryggingastofnunar ríkisins um aldur, kyn og fyrstu sjúkdómsgreiningu þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til endurhæfingarlífeyris eða örorkulífeyris á Íslandi á ofangreindu tímabili.

Niðurstöður: Endurhæfingarlífeyrir var einkum metinn yngri aldurshópunum og örorka eldri aldurshópunum. Geðraskanir voru algengasta læknisfræðileg forsenda endurhæfingarlífeyris hjá báðum kynjum, en næst komu stoðkerfisraskanir, illkynja sjúkdómar og áverkar. Hjá konum voru stoðkerfisraskanir algengasta læknisfræðileg forsenda örorkulífeyris, en þessi sjúkdómaflokkur hafði mun minna vægi hjá þeim sem forsenda endurhæfingarlífeyris. Þeir sem metnir voru til endurhæfingarlífeyris vegna stoðkerfisraskana voru talsvert eldri en þeir sem metnir voru vegna geðraskana.

Ályktun: Í matsgerðum tryggingalækna er lögð því meiri áhersla á endurhæfingu sem lengra er eftir af væntanlegri starfsævi.

Inngangur

Tilgangur þessarar rannsóknar er að kanna hvort samhengi er annars vegar milli aldurs, kyns og sjúkdómsgreininga og svo hins vegar hvort valið er að reyna endurhæfingu eða að meta örorku.

Endurhæfingarlífeyrir er metinn samkvæmt 8. grein laga um félagslega aðstoð (1). Ákvæðið um endurhæfingarlífeyri kom fyrst inn í lög um almannatryggingar árið 1989, en fluttist yfir í lög um félagslega aðstoð vegna gildistöku samningsins um Evrópska efnahagssvæðið árið 1993. Af greinargerð með upprunalega lagafrumvarpinu verður ráðið að tilgangur endurhæfingarlífeyris hafi verið að tryggja framfærslu einstaklinga sem vegna langvarandi sjúkdóma eða afleiðinga slysa þarfnast endurhæfingar til að ná starfsorku á ný. Endurhæfingarlífeyrir svarar fjárhagslega til örorkulífeyris, að því undanskildu að sjúkrahúsvist skerðir ekki endurhæfingarlífeyri. Ætlast er til að bótaþegi sé í virkri endurhæfingu á meðan endurhæfingarlífeyrir er greiddur.

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson SB, Baldursson H, Jóhannsson H

Comparison of the first medical assessment for rehabilitation benefits and disability pension in Iceland September 1st 1999 to November 30th 2003

Læknablaðið 2004; 90: 681-4

Aims: To evaluate the main characteristics which differentiate between those who are considered to benefit from rehabilitation and those for whom disability pension is thought more appropriate.

Material and methods: The study includes all those fulfilling the medical criteria for rehabilitation benefits or full disability pension in their first assessment at the State Social Security Institute of Iceland between September 1st 1999 and November 30th 2003.

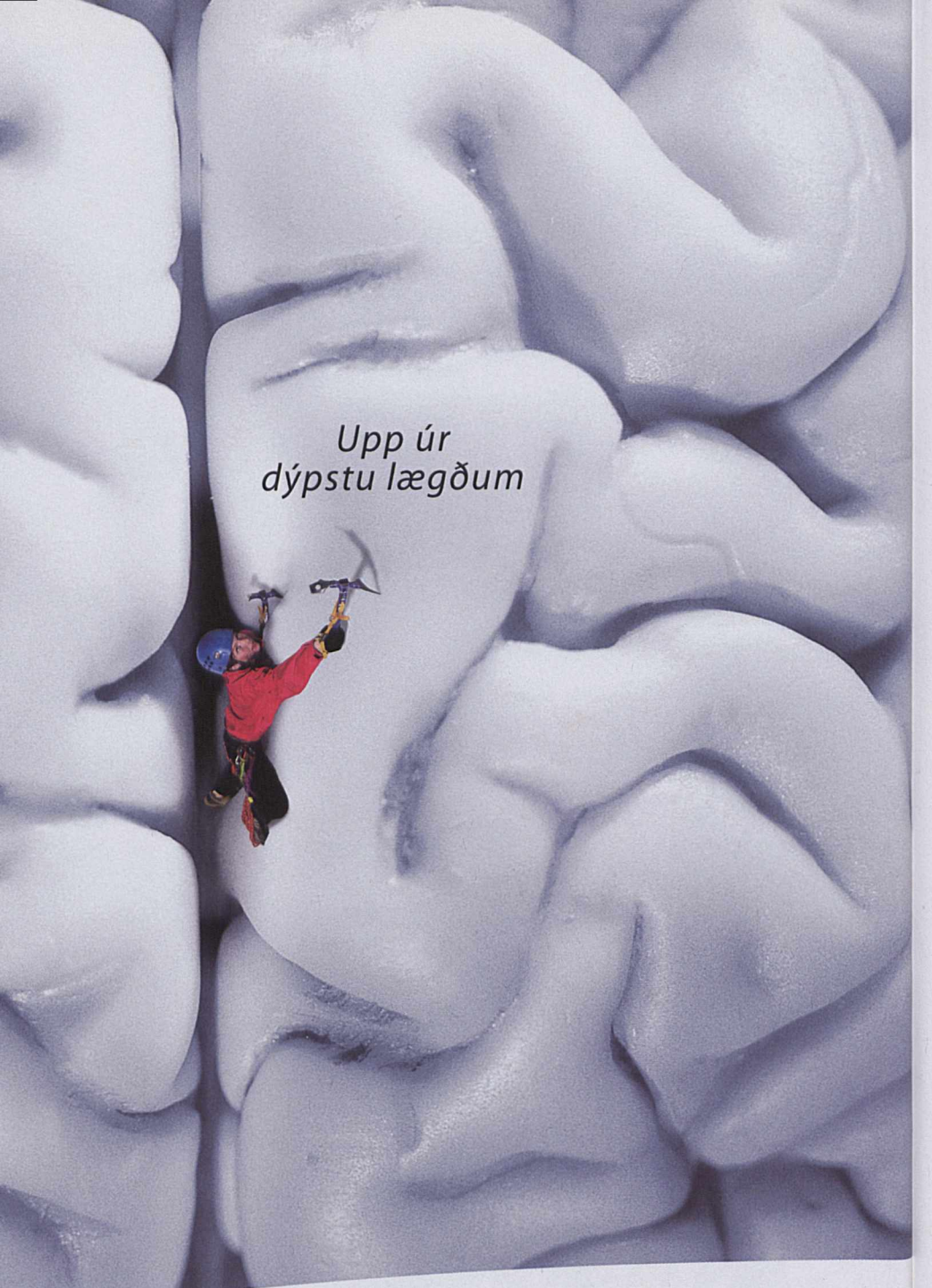
Results: Rehabilitation benefits were mainly awarded in younger age groups; disability pension in older age groups. Mental and behavioural disorders were the most common medical reasons for granting rehabilitation benefits among both genders, followed by disorders of the musculoskeletal system and connective tissue, malignant neoplasms and injuries. Among females disorders of the musculoskeletal system and connective tissue were the most common medical reason for granting full disability pension, but this group of disorders was a less common reason for rehabilitation benefits. Those who fulfilled the medical criteria for rehabilitation benefits due to disorders of the musculoskeletal system and connective tissue were markedly older than those who fulfilled the medical criteria for rehabilitation benefits due to mental and behavioural disorders.

Conclusion: In Iceland rehabilitation benefits are most likely to be awarded to relatively young claimants suffering from psychiatric disorders.

Keywords: *rehabilitation, rehabilitation pension, disability, disability pension, social security.*

Correspondance: *Sigurður Thorlacius, sigurdur.thorlacius@tr.is*

Örorka vegna lífeyristrygginga er metin á grundvelli laga um almannatryggingar (2). Samkvæmt 12. grein laganna er hærra stig örorku (að minnsta kosti 75% örorka) metið þeim sem eru á aldrinum 16 til 66 ára og hafa verulega og langvarandi skerðingu



Míron

Fljótvirkt lyf gegn þunglyndi

hjá sjúklingum með sykursýki, truflun á þvaglátum (s.s. við stækkun blöðruhálskirtils), bráða þrönghornsgláku og aukinn augnþrýsting. Hafa ber í huga að eldri sjúklingar eru oft næmari fyrir aukaverkunum þunglyndislyfja. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. Lyfið er ekki ávanabindandi en sé langtíma þunglyndislyfjameðferð hætt skyndilega geta sjúklingar fundið fyrir fráhvarfseinkennum eins og ógleði og höfuðverk. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Athuga skal að hjá sumum sjúklingum getur mirtazapín haft áhrif á einbeitingu og viðbragðsflýti og ættu þeir sjúklingar að hafa það í huga við akstur og stjórnun vélknúinna tækja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin gögn liggja fyrir varðandi klínísk áhrif mirtazapíns á fóstur manna eða nýbura en rannsóknir á dýrum hafa sýnt að mirtazapín getur valdið eituráhrifum og hækkun á dánartíðni nýfæddra afkvæma. Barnshafandi konur ættu einungis að nota lyfið ef brýna nauðsyn ber til og mögulegur ávinningur móður vegur þyngra en hugsanlegur fósturskaði. Dýrarannsóknir benda til þess að mirtazapín skiljist aðeins í litlu magni út í brjóstamjólk. Gögn varðandi útskilnað í móðurmjólk eru þó ekki nægileg til að hægt sé að meta hættuna fyrir barnið. **Aukaverkanir:** *Algengar (>1%):* Aukin matarlyst og þyngdaraukning, syfja, bjúgur, svimi og höfuðverkur. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Þreyta, stöðubundinn lágþrýstingur, oflæti, krampar, skjálfti, vöðvakippir, martraðir/ljóslifandi draumar, bráð mergbæling, hækkun á transamínósum í sermi, fótaórói, liðverkir/vöðvaþrautir, útbrot, þreytt húðskyn. **Milliverkanir:** Mirtazapín á ekki að nota samtímis MAO-hemlum og ekki fyrr en 2 vikum eftir að töku slíkra lyfja er hætt. Mirtazapín getur aukið róandi áhrif benzódíazepínlyfja. Rannsóknir á milliverkunum mirtazapíns og ensímhamlandi eða ensímhvetjandi lyfja eru ófullnægjandi. *In vitro* rannsóknir sýna þó að mirtazapín getur virkað sem hemill á cýtókróm P450 ensím 1A2, 2D6 og 3A4. Klínískt mikilvægi þessa er óljóst en þar til nákvæmari gögn liggja fyrir ber að gæta varúðar við samhliða gjöf með lyfjum sem nota þessar umbrotsleiðir. Þetta á sérstaklega við um lyf með þröngt lækningabil, s.s. teófyllín, clózapín, perfenasín, lyf við hjartsláttaróreglu, flogaveikilyf, þríhringja geðdeyfðarlyf, ciclosporin A og terfenadín. Karbamazepín og rífampícín örva umbrot mirtazapíns og minnka því plasmastyrk þess. Við samhliða gjöf mirtazapíns og címetidíns eykst plasmastyrkur mirtazapíns. Flúvoxamín er hemill á CYP 1A2. Kódein og mörg lyf í flokki sefandi lyfja (tíorídazín, perfenazín, súklópentixól, halóperidól og risperidón) og mörg geðdeyfðarlyf (flúoxetín, paroxetín, sertralín og venlafaxín) eru hemlar á CYP 2D6 og geta þessi lyf því hamlað umbroti hvors annars. Greint hefur verið frá einu tilfelli serótóníneheilkennis eftir samhliða notkun flúoxitíns og mirtazapíns en vegna hamlandi áhrifa flúoxitíns á umbrot mirtazapíns eykst plasmastyrkur þess. Vegna hamlandi áhrifa paroxetíns á umbrot mirtazapíns eykst plasmastyrkur mirtazapíns. Samhliða gjöf er óráðleg út frá lyfjafræðilegu sjónarmiði. Gæta skal varúðar þegar öflugir CYP 3A4-hemlar, s.s. HIV-próteasahemlar, sveppalyf af azólflokki, erytrómýcín og nefazódón eru gefnir samhliða mirtazapíni. Séu ensímhamlandi eða ensímhvetjandi lyf gefin samhliða mirtazapíni gæti þurft að aðlaga skammtinn og síðan aftur ef samhliða meðferð þessara lyfja er hætt. Í in vivo milliverkana-rannsóknum hafði mirtazapín ekki áhrif á lyfjahvörf risperidóns, paroxetíns, carbamazepíns, amitriptýlíns og címetidíns. Engin klínísk áhrif sem skipta máli eða breytingar á lyfjahvörfum hafa komið fram hjá mönnum við samtímis gjöf mirtazapíns og litíums. Varast ber að neyta áfengis samtímis töku lyfsins þar sem áhrif þess á miðtaugakerfið geta verið aukin. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. okt. 2004:** Töflur 30 mg: 30 stk. 4.747 kr., 100 stk. 13.009 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. Markaðsleyfishafi: Actavis hf. Maí 2003.

actavis
hagur í heilsu

Endurhæfingarlífeyrir eða örorkulífeyrir? Aldur, kyn og sjúkdómsgreiningar við fyrsta mat tryggingalæknis

Sigurður Thorlacius[1,2]
SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA- OG TAUGASJÚKDÓMUM

Sigurjón B. Stefánsson[1,2,3]
SÉRFRÆÐINGUR Í GEÐLÆKNINGUM OG KLÍNÍSKRI TAUGALÍFEÐLISFRÆÐI

Halldór Baldursson[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í BÆKLUNARSKURÐLÆKNINGUM

Haraldur Jóhannsson[1]
SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA- OG TAUGASJÚKDÓMUM

[1]Tryggingastofnun ríkisins,
[2]læknadeild Háskóla Íslands,
[3]taugasjúkdómadeild Landspítala

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Sigurður Thorlacius,
Tryggingastofnun ríkisins,
Laugavegi 114, 150 Reykjavík.
Sími 560 4400,
bréfsími 560 4461.
sigurdur.thorlacius@tr.is

Lykilorð: endurhæfing, endurhæfingarlífeyrir, örorka, örorkulífeyrir, almannatryggingar.

Ágrip

Tilgangur: Að bera saman fyrsta læknisfræðilegt mat vegna endurhæfingarlífeyris og vegna örorkulífeyris á Íslandi á tímabilinu 1. september 1999 til 30. nóvember 2003 í því skyni að kanna hvar áherslur í endurhæfingu liggja.

Efniviður og aðferðir: Unnar voru upplýsingar úr skrám Tryggingastofnunar ríkisins um aldur, kyn og fyrstu sjúkdómsgreiningu þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til endurhæfingarlífeyris eða örorkulífeyris á Íslandi á ofangreindu tímabili.

Niðurstöður: Endurhæfingarlífeyrir var einkum metinn yngri aldurshópunum og örorka eldri aldurshópunum. Geðraskanir voru algengasta læknisfræðileg forsenda endurhæfingarlífeyris hjá báðum kynjum, en næst komu stoðkerfisraskanir, illkynja sjúkdómar og áverkar. Hjá konum voru stoðkerfisraskanir algengasta læknisfræðileg forsenda örorkulífeyris, en þessi sjúkdómaflokkur hafði mun minna vægi hjá þeim sem forsenda endurhæfingarlífeyris. Þeir sem metnir voru til endurhæfingarlífeyris vegna stoðkerfisraskana voru talsvert eldri en þeir sem metnir voru vegna geðraskana.

Ályktun: Í matsgerðum tryggingalækna er lögð því meiri áhersla á endurhæfingu sem lengra er eftir af væntanlegri starfsævi.

Inngangur

Tilgangur þessarar rannsóknar er að kanna hvort samhengi er annars vegar milli aldurs, kyns og sjúkdómsgreininga og svo hins vegar hvort valið er að reyna endurhæfingu eða að meta örorku.

Endurhæfingarlífeyrir er metinn samkvæmt 8. grein laga um félagslega aðstoð (1). Ákvæðið um endurhæfingarlífeyri kom fyrst inn í lög um almannatryggingar árið 1989, en fluttist yfir í lög um félagslega aðstoð vegna gildistöku samningsins um Evrópska efnahagssvæðið árið 1993. Af greinargerð með upprunalega lagafrumvarpinu verður ráðið að tilgangur endurhæfingarlífeyris hafi verið að tryggja framfærslu einstaklinga sem vegna langvarandi sjúkdóma eða afleiðinga slysa þarfnast endurhæfingar til að ná starfsorku á ný. Endurhæfingarlífeyrir svarar fjárhagslega til örorkulífeyris, að því undanskildu að sjúkrahúsvist skerðir ekki endurhæfingarlífeyri. Ætlast er til að bótaþegi sé í virkri endurhæfingu á meðan endurhæfingarlífeyrir er greiddur.

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson SB, Baldursson H, Jóhannsson H

Comparison of the first medical assessment for rehabilitation benefits and disability pension in Iceland September 1st 1999 to November 30th 2003

Læknablaðið 2004; 90: 681-4

Aims: To evaluate the main characteristics which differentiate between those who are considered to benefit from rehabilitation and those for whom disability pension is thought more appropriate.

Material and methods: The study includes all those fulfilling the medical criteria for rehabilitation benefits or full disability pension in their first assessment at the State Social Security Institute of Iceland between September 1st 1999 and November 30th 2003.

Results: Rehabilitation benefits were mainly awarded in younger age groups; disability pension in older age groups. Mental and behavioural disorders were the most common medical reasons for granting rehabilitation benefits among both genders, followed by disorders of the musculoskeletal system and connective tissue, malignant neoplasms and injuries. Among females disorders of the musculoskeletal system and connective tissue were the most common medical reason for granting full disability pension, but this group of disorders was a less common reason for rehabilitation benefits. Those who fulfilled the medical criteria for rehabilitation benefits due to disorders of the musculoskeletal system and connective tissue were markedly older than those who fulfilled the medical criteria for rehabilitation benefits due to mental and behavioural disorders.

Conclusion: In Iceland rehabilitation benefits are most likely to be awarded to relatively young claimants suffering from psychiatric disorders.

Keywords: *rehabilitation, rehabilitation pension, disability, disability pension, social security.*

Correspondance: *Sigurður Thorlacius, sigurdur.thorlacius@tr.is*

Örorka vegna lífeyristrygginga er metin á grundvelli laga um almannatryggingar (2). Samkvæmt 12. grein laganna er hærra stig örorku (að minnsta kosti 75% örorka) metið þeim sem eru á aldrinum 16 til 66 ára og hafa verulega og langvarandi skerðingu

Table I. Number of females and males receiving rehabilitation benefits or full disability pension (disability grade assessed as being at least 75%) for the first time in Iceland in the period September 1st 1999 - November 30th 2003 and female: male ratio.

	Females	Males	Female: male ratio
Rehabilitation benefits	1771	1207	1.47
Full disability pension	2193	1448	1.51

Table II. Age distribution of females and males receiving rehabilitation benefits or full disability pension (disability grade assessed as being at least 75%) for the first time in Iceland in the period September 1st 1999 - November 30th 2003.

	Females		Males	
Age in years	Rehabilitation benefits	Full disability pension	Rehabilitation benefits	Full disability pension
16-20	95 (5.4%)	36 (1.6%)	91 (7.5%)	38 (2.6%)
21-25	234 (13.2%)	61 (2.8%)	156 (12.9%)	38 (2.6%)
26-30	259 (14.6%)	91 (4.2%)	120 (9.9%)	61 (4.2%)
31-35	281 (15.9%)	142 (6.5%)	135 (11.2%)	66 (4.6%)
36-40	221 (12.5%)	193 (8.8%)	158 (13.1%)	112 (7.8%)
41-45	224 (12.6%)	207 (9.4%)	137 (11.4%)	161 (11.1%)
46-50	155 (8.7%)	235 (10.7%)	147 (12.2%)	171 (11.8%)
51-55	142 (8.0%)	306 (14.0%)	110 (9.1%)	203 (14.0%)
56-60	104 (5.9%)	364 (16.6%)	91 (7.5%)	239 (16.5%)
61-66	56 (3.2%)	558 (25.4%)	62 (5.2%)	359 (24.8%)
Total	1771 (100%)	2193 (100%)	1207 (100%)	1448 (100%)

á starfsgetu. Fram til 1. september 1999 var hærra örorkustigið metið á grundvelli læknisfræðilegra, fjárhagslegra og félagslegra aðstæðna, en eftir það einungis á læknisfræðilegum forsendum, að jafnaði samkvæmt sérstökum örorkumatsstaðli (3-7).

Tryggingalæknir leggur mat á læknisfræðilegar forsendur endurhæfingarlífeyris og örorkulífeyris með tilliti til umsóknar, umsagnar meðferðarlæknis (læknisvottorðs) og annarra gagna eftir því sem við á.

Efniviður og aðferðir

Upplýsingar um aldur, kyn og fyrstu sjúkdómsgreiningu (ICD-10 (8)) þeirra sem metnir höfðu verið í fyrsta sinn til endurhæfingarlífeyris (hér eftir nefndir endurhæfingarhópur) eða hærra örorkustigs lífeyristrygginga (hér eftir nefndir örorkuhópur) á tímabilinu 1. september 1999 til 30. nóvember 2003 voru fengnar úr skrám Tryggingastofnunar ríkisins (TR). Í skránum sem unnið var með eru hvorki nöfn né kennitölur viðkomandi einstaklinga. Við tölfræðilega úrvinnslu var notað kí-kvaðrat marktæknipróf til að bera saman tvo hópa í senn (9).

Niðurstöður

Tafla I sýnir kynjaskiptingu endurhæfingarhópsins og örorkuhópsins. Ekki er marktækur munur á kynjaskiptingu hópanna (p=0,53).

Tafla II sýnir aldursdreifingu endurhæfingarhópsins og örorkuhópsins. Marktækur munur er á aldursdreifingu á milli hópanna bæði hjá konum og körlum (p<0,0001). Einnig er marktækur munur á aldursdreifingu kvenna og karla í endurhæfingarhópnum (p<0,0001), en ekki í örorkuhópnum (p=0,1). Endurhæfingarlífeyrir er einkum metinn yngri aldurshópunum og örorkulífeyrir eldri aldurshópunum (endurhæfingarlífeyrir er hlutfallslega algengari en örorkulífeyrir hjá konum yngri en 45 ára og körlum yngri en 40 ára). Meðalaldur kvenna í endurhæfingarhópnum er 37 ár, en karla 39 ár. Meðalaldur bæði kvenna og karla í örorkuhópnum er 50 ár.

Tafla III sýnir fyrstu sjúkdómsgreiningu í matsgerð tryggingalæknis eftir sjúkdómaflokkum hjá konum og körlum í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum. Marktækur munur er á milli kvenna og karla á skiptingu í sjúkdómaflokka í endurhæfingarhópnum (p<0,0001) og örorkuhópnum (p<0,0001). Stoðkerfisraskanir hafa mun meira vægi hjá konum í báðum hópunum. Bæði í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum eru geðraskanir og stoðkerfisraskanir algengustu læknisfræðilegar forsendur mats. Marktækur munur er á skiptingu kvenna í sjúkdómaflokka í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum (p<0,0001) og sama gildir um karla (p<0,0001). Vægi stoðkerfisraskana er hjá báðum kynjum mun meira í örorkuhópnum en í endurhæfingarhópnum, en vægi geðraskana hins vegar meira í endurhæfingarhópnum. Mun fleiri eru metnir til endurhæfingarlífeyris en örorkulífeyris vegna krabbameins. Í endurhæfingarhópnum fá 74 konur og 14 karlar greininguna „aðhlynning sem felur í sér endurhæfingaraðferðir" (Z50 samkvæmt ICD 10 (8)). Þar er einkum um að ræða óvinnufært fólk sem tók þátt í samvinnuverkefni TR og félagsþjónustu sveitarfélaga um endurhæfingu, annars vegar einstæðar mæður og hins vegar fólk í áfengis- og/eða fíkniefnavanda.

Mynd 1 sýnir aldursdreifingu kvenna og karla í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum sem hafa geðröskun eða stoðkerfisröskun sem fyrstu sjúkdómsgreiningu í matsgerð tryggingalæknis. Marktækur munur er á aldursdreifingunni í þessum tveimur undirhópum (geðraskanir eða stoðkerfisraskanir sem fyrsta greining) bæði hjá konum og körlum (p<0,0001). Í endurhæfingarhópnum er meðalaldur kvenna sem hafa geðröskun sem fyrstu greiningu 33 ár og karla 34 ár, en meðalaldur kvenna sem hafa stoðkerfisröskun sem fyrstu greiningu er 38 ár og karla 41 ár. Í örorkuhópnum er meðalaldur kvenna sem hafa geðröskun sem fyrstu greiningu 44 ár og karla 43 ár, en meðalaldur bæði kvenna og karla sem hafa stoðkerfisröskun sem fyrstu greiningu er 52 ár.

Umræða

Í þessari rannsókn kemur fram að marktækur munur er hjá báðum kynjum á aldursdreifingu þeirra sem metnir hafa verið til endurhæfingarlífeyris og örorku-

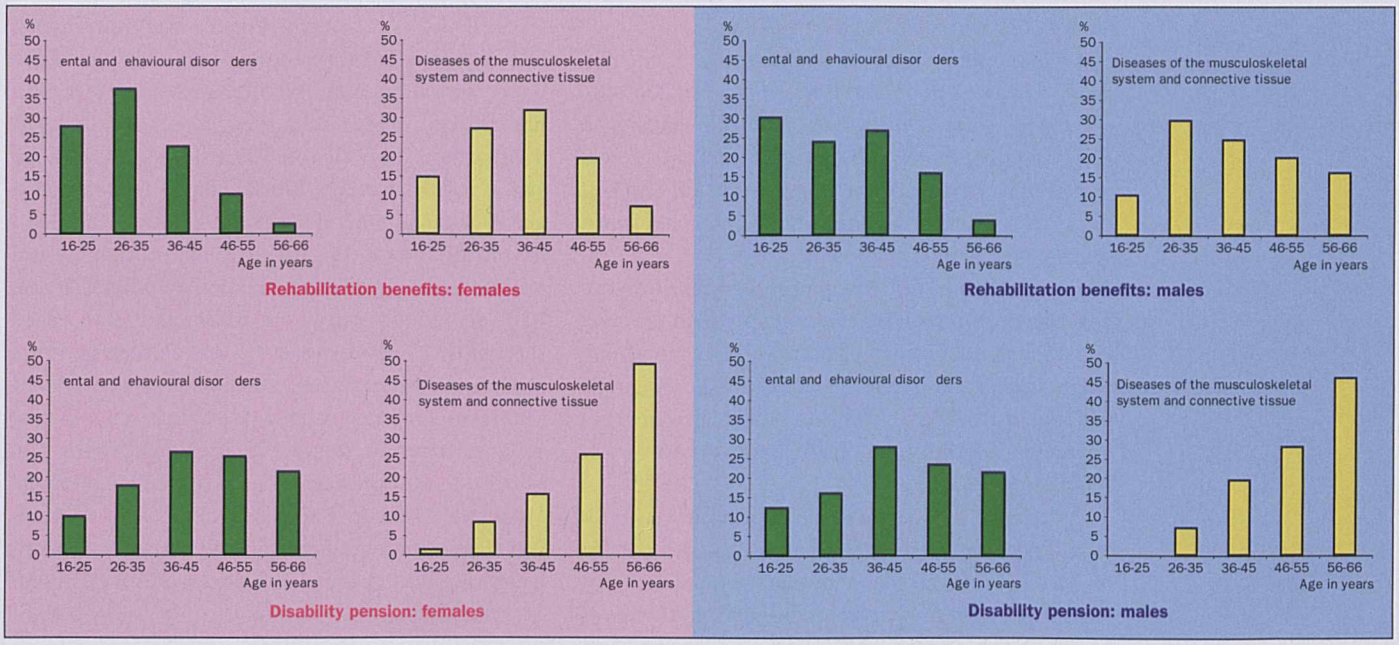


Figure 1. *Age distribution of females and males fulfilling medical criteria for rehabilitation benefits or full disability pension at first assessment between September 1st 1999 and November 30th 2003 with a first diagnosis of mental and behavioural disorders or disorders of the musculosceletal system and connective tissue.*

Table III. First diagnosis* among females and males receiving rehabilitation benefits or full disability pension (disability grade assessed as being at least 75%) for the first time in Iceland in the period September 1st 1999 - November 30th 2003.

	Females		Males	
Diagnostic groups	Rehabilitation benefits	Full disability pension	Rehabilitation benefits	Full disability pension
Mental and behavioural disorders	622 (35.1%)	482 (22.0%)	531 (44.0%)	379 (26.2%)
Disorders of the musculoskeletal system and connective tissue	412 (23.3%)	939 (42.8%)	176 (14.6%)	336 (23.2%)
Malignant neoplasms	309 (17.4%)	138 (6.3%)	142 (11.8%)	127 (8.8%)
Injuries	142 (8.0%)	107 (4.9%)	150 (12.4%)	137 (9.4%)
Care involving use of rehabilitation procedures	74 (4.2%)	0 (0.0%)	14 (1.2%)	0 (0.0%)
Diseases of the circulatory system	49 (2.8%)	123 (5.6%)	105 (8.7%)	201 (13.9%)
Diseases of the neervous system and sense organs	39 (2.2%)	159 (7.2%)	29 (2.4%)	118 (8.1%)
Diseases of the respiratory system	26 (1.5%)	85 (3.9%)	8 (0.6%)	56 (3.9%)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	23 (1.3%)	44 (2.0%)	18 (1.5%)	27 (1.9%)
Diseases of the digestive system	17 (1.0%)	21 (1.0%)	8 (0.6%)	11 (0.7%)
Diseases of the skin and subcutaneous tissues	16 (0.9%)	24 (1.1%)	8 (0.6%)	9 (0.6%)
Benign neoplasms	9 (0.5%)	6 (0.3%)	4 (0.4%)	0 (0.0%)
Diseases of the genitourinary system	7 (0.4%)	16 (0.7%)	1 (0.1%)	7 (0.5%)
Other diagnoses	26 (1.4%)	49 (2.2%)	13 (1.1%)	40 (2.8%)
Total	1771 (100%)	2193 (100%)	1207 (100%)	1448 (100%)

* According to the International classification of diseases (8)

lífeyris. Endurhæfingarlífeyrir er einkum metinn yngri aldurshópunum og örorkulífeyrir eldri aldurshópunum. Rannsóknin sýnir þannig að hér á landi er lögð því meiri áhersla á endurhæfingu sem lengra er eftir af væntanlegri starfsævi.

Tryggingalæknir í TR metur hvort læknisfræðilegum skilyrðum endurhæfingarlífeyris eða örorkulífeyris er fullnægt og setur sjúkdómsgreiningar í matsgerð sína. Ætlast er til að sjúkdómsgreiningum í matsgerð sé raðað eftir vægi miðað við færniskerðingu. Til grundvallar matsgerð tryggingalæknis og sjúkdómsgreiningu í matsgerð liggur læknisvottorð, umsókn um endurhæfingarlífeyri eða örorkulífeyri og í sumum tilvikum fleiri gögn. Í læknisvottorði sem liggur til grundvallar matsgerð setur vottorðsgjafi eina eða fleiri sjúkdómsgreiningar. Röð sjúkdómsgreininga á vottorði á að vera eftir vægi með tilliti til færniskerðingar. Ekki er víst að vottorðsgjafi og tryggingalæknir séu hér á sama máli. Verið getur að vottorðsgjafi eða tryggingalæknir leggi mesta áherslu á þau atriði sem hann hefur haft mest afskipti af eða þekki best, til dæmis í sérgrein sinni. Vottorðsgjafi (meðferðarlæknir) nefnir ef til vill fyrst þær sjúkdómsgreiningar sem hann telur líklegastar til að leiða til jákvæðrar

niðurstöðu (bótagreiðslu) fyrir sjúkling sinn.

Í könnun sem nýlega var gerð í Noregi voru læknar spurðir hvort það kæmi fyrir að þeir höguðu upplýsingagjöf sinni í vottorðum meðvitað þannig að þeir lýstu aðstæðum sjúklings með þeim hætti að sem mestar líkur væru á að þeir fengju þær bætur sem þeir væru að sækja um. Svöruðu 39% læknanna þeirri spurningu játandi (10).

Oft eru fleiri en ein sjúkdómsgreining í læknisvottorði og í örorkumati. Þá er stundum fjallað um samverkandi færniskerðingu og getur verið ókleift að einangra áhrif hvers þáttar í heildarfærniskerðingu. Sá þáttur sem alvarlegastur er í heilsufarslegu tilliti og er því meðferðarlækni efst í huga, þarf ekki að vera sá sem skerðir færni mest.

Þrátt fyrir þá fyrirvara sem hér hefur verið lýst telja höfundar fyrstu greiningu í matsgerð tryggingalæknis gefa nægilega sterkar vísbendingar um læknisfræðilegar forsendur endurhæfingarlífeyris og örorkulífeyris til þess að hægt sé að draga af henni ályktanir. Í þessari rannsókn er því horft til þeirrar sjúkdómsgreiningar sem tryggingalæknir hefur fyrsta (ef þær eru fleiri en ein) í matsgerð sinni, þegar læknisfræðilegar forsendur endurhæfingarlífeyris og örorkulífeyris eru skoðaðar.

Í rannsókn sem náði til allra sem metnir höfðu verið til örorku og voru búsettir á Íslandi þann 1. desember 2002 höfðu 32% kvenna og 42% karla sem metin höfðu verið til hærra örorkustigsins (að minnsta kosti 75% örorku) geðröskun sem fyrstu sjúkdómsgreiningu. Jafnframt kom fram að algengi örorku vegna geðraskana hefur á undanförnum árum farið vaxandi (11).

Á því tímabili sem núverandi rannsókn spannar voru geðraskanir algengasta læknisfræðileg forsenda endurhæfingarlífeyris hjá báðum kynjum. Mikil áhersla á endurhæfingu vegna geðraskana er því í samræmi við vægi geðraskana í örorku hér á landi. Geðraskanir og stoðkerfisraskanir eru tveir algengustu sjúkdómaflokkarnir bæði í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum. Mikill munur er hins vegar á hlutfallslegu vægi þessara tveggja sjúkdómaflokka í hvorum hópi fyrir sig, með áherslu á endurhæfingu vegna geðraskana en á örorku vegna stoðkerfisraskana. Því var skoðuð aldursdreifing þeirra sem metnir voru til endurhæfingarlífeyris eða örorkulífeyris á grundvelli hvors þessara sjúkdómaflokka fyrir sig. Þeir sem metnir voru til endurhæfingarlífeyris vegna stoðkerfisraskana reyndust talsvert eldri en þeir sem metnir voru vegna geðraskana. Fólk með geðraskanir sem fyrstu greiningu kemur fyrr til mats en fólk með stoðkerfisraskanir sem fyrstu greiningu, hvort sem litið er á endurhæfingarhópinn eða örorkuhópinn. Hugsanleg skýring er að geðraskanir valda oft verulegri færniskerðingu þegar á unga aldri, en stoðkerfisraskanir eru oft tengdar hrörnun og valda fremur færniskerðingu seinna á ævinni.

Heimildir

1. Lög um félagslega aðstoð nr. 118/1993.
2. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993.
3. Baldursson H, Jóhannsson H. Nýr staðall fyrir örorkumat á Íslandi. Læknablaðið 1999; 85: 480-1.
4. Thorlacius S. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
5. Reglugerð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um örorkumat nr. 379/1999.
6. Thorlacius S, Stefánsson S, Jóhannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
7. Thorlacius S, Steánsson S, Jóhannsson H. Incidence of disability pension in Iceland before and after introduction of the British functional capacity evaluation "All work test". Disability Medicine 2003; 3: 5-8.
8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision. World Health Organization, Geneva, 1994.
9. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford University Press, 1995.
10. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192-4.
11. Thorlacius S, Stefánsson SB. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. Læknablaðið 2004; 90: 21-5.

Hjartastopp yfir Atlantsálum

Hilmar Kjartansson
Í SÉRNÁMI Í ALMENNUM LYFLÆKNINGUM

Hjalti Már Björnsson
Í SÉRNÁMI Í ALMENNUM LYFLÆKNINGUM

Gestur Þorgeirsson
ALMENNUR LYFLÆKNIR OG SÉRFRÆÐINGUR Í HJARTASJÚKDÓMUM

Felix Valsson
SVÆFINGA- OG GJÖRGÆSLULÆKNIR

Leyfi var fengið frá sjúklingi sjálfum fyrir greininni og þarf því ekki sérstakt leyfi Persónuverndar.

Rannsóknin er ekki styrkt af neinum aðila og enginn höfunda hafði hvorki fjárhagslegan ávinning af henni né annarra hagsmuna að gæta.

Lyflækningasviði Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Hilmar Kjartansson *hilmarkj@landspitali.is*

Lykilorð: *farþegaflug, hjartastopp, sjálfvirk hjartarafstuðtæki.*

Ágrip

Lýst er hjartastoppi 63 ára karlmanns um borð í farþegaþotu á flugi yfir Íslandi. Læknar í flugvélinni beittu sjálfvirku stuðtæki og tókst að koma aftur á blóðflæði. Við komu á Landspítala reyndist sjúklingur vera með merki um framveggsdrep í hjarta, fékk hann segaleysandi meðferð og síðan kælingu í svæfingu á gjörgæslu. Hjartaþræðing leiddi í ljós þrengingu á LAD sem var víkkuð og fóðruð. Tólf dögum eftir hjartastoppið var sjúklingur útskrifaður af sjúkrahúsi við góða líðan og fyrirsjáanlegt að hann gæti snúið til fyrri starfa fljótlega.

Sjálfvirk hjartastuðtæki hafa reynst örugg í notkun og auka árangur endurlífgunar utan sem innan veggja sjúkrahúsa. Í greininni er fjallað um helstu rannsóknir á gagnsemi tækjanna, ásamt ávinningi og kostnaði við að sjálfvirk hjartastuðtæki væru sett í íslenskar flugvélar í millilandaflugi.

Inngangur

Á undanförnum áratugum hefur þróun og skipulag neyðarþjónustu miðast við að bæta árangur endurlífgana eftir hjartastopp. Á þeim tíma hefur þekking manna og meðferð á hjartastoppi gjörbreyst. Margt hefur áunnist í þessum efnum og undirstrikar tilfelli okkar vel þá breytingu sem orðið hefur á ferlinu frá endurlífgun fram að útskrift.

Á síðustu árum hafa mörg flugfélög tekið í notkun sjálfvirk hjartarafstuðtæki og vegna þess hafa bjargast mörg mannslíf. Eftirfarandi sjúkratilfelli undirstrikar mikilvægi þess að slík tæki séu til staðar að minnsta kosti í millilandaflugi.

Sjúkratilfelli

Sjúklingur er 63 ára karlmaður sem var fluttur á bráðamóttöku eftir hjartastopp í millilandaflugi.

Hann hafði haft óljós óþægindi fyrir brjósti að morgni innlagnardags og tók við því sýruhemjandi lyf. Í flugi frá London til Bandaríkjanna missti hann skyndilega meðvitund, fölnaði og stífnaði upp. Nokkrir læknar voru í vélinni og lamdi einn þeirra á brjóst sjúklings (precordial thump) og hóf hnoð í kjölfarið. Um borð í flugvélinni var sjálfvirkt hjartarafstuðtæki sem var tengt við sjúkling, greindi sleglatif (mynd 1) og ráðlagði rafstuð. Hann fékk rafstuð í tvígang og eftir það fór hann að anda sjálfur og hægt var að þreifa púlsa sem voru reglulegir. Vélin lenti um klukkustund síðar í Keflavík og var sjúklingur fluttur með sjúkrabíl á bráðamóttöku Landspítalans. Í flutningi til Reykjavíkur var hann að vakna, var mjög óróleur og fékk því róandi lyf í æð og sofnaði aftur en lífsmörk héldust stöðug í flutningi. Við komu á bráðamóttöku Landspítalans við Hringbraut voru liðnar tvær klukkustundir frá hjartastoppi.

Sjúklingurinn hafði verið að heimsækja ættingja á Írlandi, en hann starfar sem svæfingalæknir í Bandaríkjunum. Hefur verið hraustur í gegnum tíðina, blóðþrýstingur og blóðfitur verið í lagi. Hafði reykt í nokkur ár en hætt fyrir meira en 20 árum. Faðir hans dó skyndidauða 52 ára, líklega eftir kransæðastíflu. Sökum sterkrar ættarsögu hefur sjúklingur verið áreynsluprófaður árlega síðustu ár ásamt töku hjartalínurits og var það síðast gert fyrir nokkrum mánuðum og kom vel út. Einu lyfin sem hann notar eru sýruhemjandi lyf eftir þörfum.

ENGLISH SUMMARY

Kjartansson H, Björnsson HM, Þorgeirsson G, Valsson F

Cardiac arrest over the atlantic

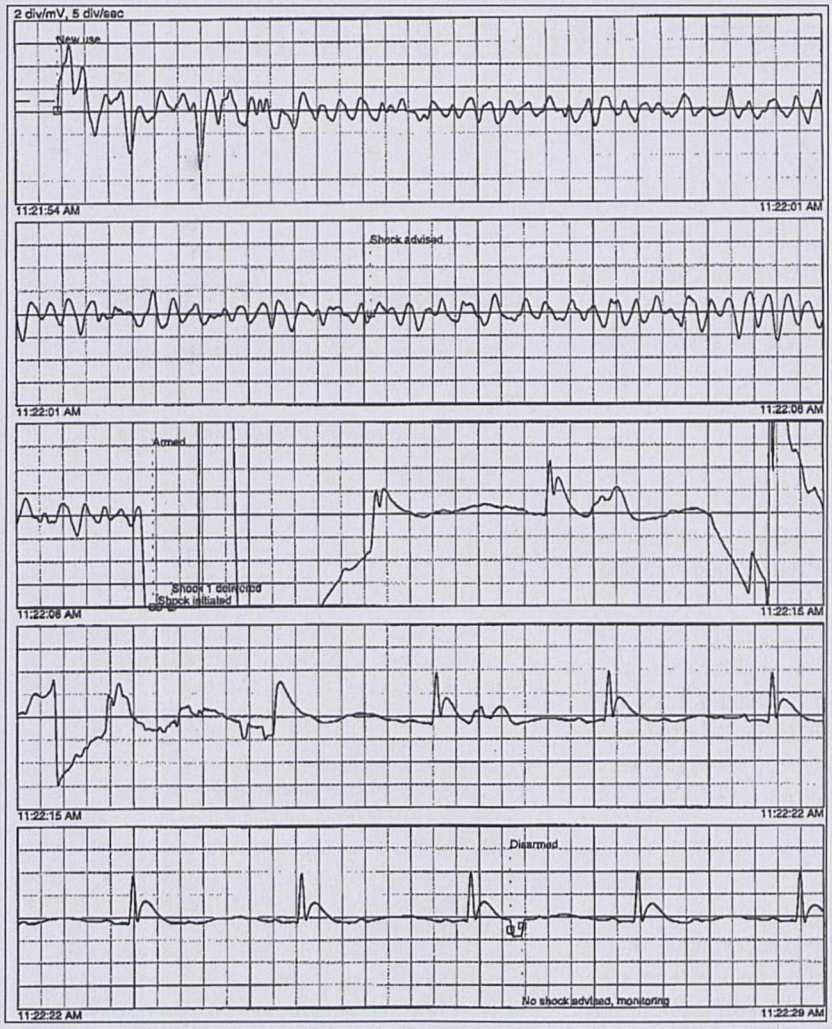
Læknablaðið 2004; 90: 685-8

The following case report is of the cardiac arrest of a 63 year old male on board a transatlantic passenger aircraft. Medical doctors on board the aircraft used an automated external defibrillator (AED) which restored the patient circulation. On arrival at the hospital in Iceland two hours later he was unconscious and had EKG signs of an antero-septal myocardial infarction. He received thrombolytic therapy, was intubated and kept hypothermic in the ICU. On coronary angiography he had stenosis of the left anterior diagonal artery which was dilated and stented. Twelve days after the cardiac arrest the patient was discharged from the hospital and was scheduled to return to his prior occupation shortly thereafter.

Automated external defibrillators have proven to be save and effective in the resuscitation of cardiac arrest patient in hospital and prehospital settings. We review the literature on their use, and the benefits and costs involved for the major Icelandic airline company installing the AEDs.

Key words: *air travel, cardiac arrest, automated external defibrallators.*

Correspondence: *Hilmar Kjartansson, hilmarkj@landspitali.is*



Mynd 1. *EKG printout from the AED on board the aircraft.*

Við komu á bráðamóttöku var hann meðvitundarlaus, andaði óreglulega og var með ósjálfráðar hreyfingar í öllum útlimum. Súrefnismettun var 100% á súrefni í maska, blóðþrýstingur 100/60 og púls 70 á mínútu, reglulegur. Hjarta- og lungnahlustun var eðlileg. Hann var strax svæfður, barkaþræddur og fluttur á gjörgæslu.

Upphafshjartalínurit tekið á gjörgæslu sýndi 1-2 mm ST-hækkanir í V1-3. Ómskoðun á hjarta sýndi hreyfiskerðingu í framvegg. Tölvusneiðmynd af höfði var tekin til að útiloka heilablæðingu og reyndist eðlileg.

Engar frábendingar fyrir segaleysandi meðferð voru til staðar og fékk sjúklingur TNK segaleysingu samkvæmt skema. Sjúklingur var kældur niður í 32° C og haldið sofandi í 36 tíma. Frekari rannsóknir sýndu að hjartaensím samrýmdust litlu hjartadrepi. Blóðfitur voru 4,4 LDL og 0,89 HDL. Hjartalínurit þróaðist með viðsnúnum T-tökkum í upphafi en varð fyrir útskrift eðlilegt (mynd 2). Gerð var hjartaþræðing sem sýndi mikla þrengingu í LAD og var hún víkkuð og fóðruð. Fyrir útskrift fór hann í áreynslupróf án einkenna eða hjartalínuritsbreytinga. Ómskoðun af hjarta sýndi nú eðlilegan samdrátt á vinstri slegli. Andlega var hann heill og mundi eftir öllu nema ofangreindri flugferð.

Hann var því útskrifaður við góða líðan 12 dögum eftir hjartastopp yfir miðju Atlantshafi á atenololi, atorvastatini, clopidogreli og aspiríni. Þess ber að geta að sjúklingur þvertók fyrir að fljúga til Bandaríkjanna nema stuðtæki væri um borð og kom bandarískur læknir ásamt tækinu til landsins og fylgdi sjúklingi í flugi til Bandaríkjanna.

Umræða

Ofangreint tilfelli sýnir vel gagnsemi sjálfvirkra rafstuðtækja þar sem langt er í heilbrigðisþjónustu með sérhæfðri endurlífgun. Á Íslandi orsakast mikill meirihluti skyndidauða af hjartasjúkdómum og í flestum tilvikum er um takttruflanir frá slegli að ræða (1, 2). Sýnt hefur verið fram á að þýðingarmesta atriðið varðandi horfur þessara sjúklinga er tíminn sem líður frá upphafi einkenna að rafstuði og að með hverri mínútu minnka lífslíkur um 10% (3). Mikil áhersla hefur því verið á að skipuleggja bráðaþjónustu í samfélaginu út frá þessari staðreynd.

Á Íslandi hafa um 17% þeirra sem fara í hjartastopp útskrifast af spítala og er það nokkuð hærra en í flestum stórborgum Evrópu (2). Vegna áhuga á bættu aðgengi að sjálfvirkum stuðtækjum hefur betri árangur náðst í rannsóknum þar sem sjálfvirkum hjartarafstuðtækjum er dreift til þeirra sem eru fyrstir á staðinn, svo sem lögreglu- eða slökkviliðsmanna. Í Minnesota voru tekin saman öll tilfelli sleglatifs (V. Fib) á árabilinu 1990-2001 og útskrifuðust 40% án vitrænnar skerðingar. (4) Önnur slík rannsókn frá Hollandi sýndi hins vegar ekki sama árangur. Þar voru bornir saman hópar sjúklinga þar sem lögregla eða slökkvilið var ýmist útbúið með eða án sjálfvirkra hjartarafstuðtækja. Þar tókst ekki að sýna fram á marktækan mun á hópunum en talið að langur heildartími (>10 mínútur) fram að rafstuði gæti rýrt niðurstöðurnar (5).

Að tilstuðlan American Heart Association hafa einnig verið gerðar rannsóknir þar sem gengið er skrefi lengra og hálfsjálfvirk hjartastuðtæki eru sett á fjölfarna staði þannig að þau séu aðgengileg almenningi eða starfsfólki. Þær rannsóknir hafa bent ótvírætt til þess að hægt sé með þeim hætti að bjarga fleiri mannslífum en ella. Uppsetning sjálfvirkra tækja í höndum öryggisvarða í spilavítum bætti lifun þeirra sem fóru í sleglatif (V. Fib) að útskrift í 53% en af öllum hjartastoppum 38% (6). Þá var gerð rannsókn á flugvöllum Chicaco þar sem komið var upp sjálfvirkum stuðtækjum og starfsfólk flugvallarins þjálfað í notkun þeirra. Tækin voru aðgengileg almenningi og staðsett með 60-90 sekúndu göngubili. Á tveggja ára tímabili kom upp 21 hjartastopp, þar af voru 18 einstaklingar í sleglatifi (V. Fib). Af þessum hópi voru

10 (48%) á lífi eftir eitt ár með góða vitræna getu (7). Í öllum tilvikum voru tækin notuð af almenningi.

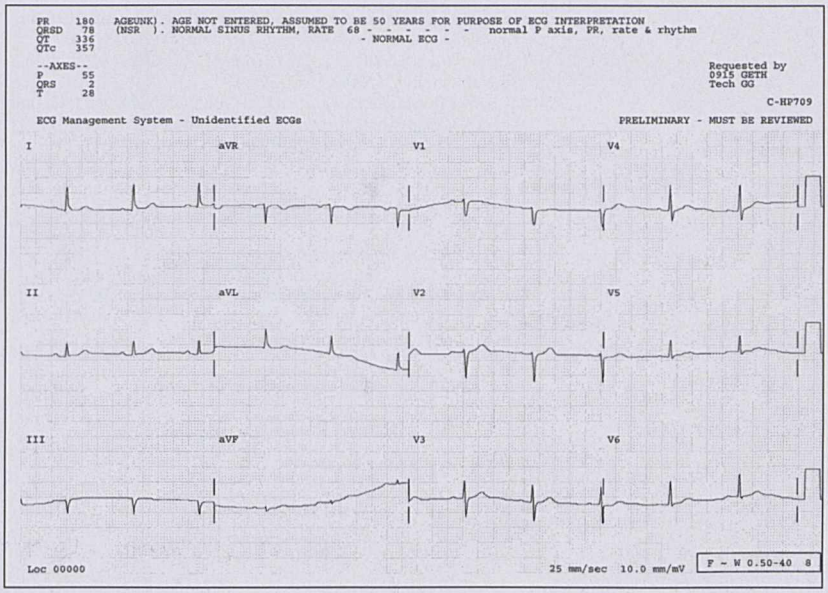
Önnur rannsókn tekur til notkunar sjálfvirkra tækja hjá American Airlines. Á starfsemi sem svarar til tæps árs með 70 milljónir farþega fengu 15 sjúklingar (13 með staðfest sleglatif á strimli) rafstuð og þar af lifðu sex þeirra fram að útskrift eða 40%. Að auki voru tækin notuð í fjölda annarra tilvika, svo sem greiningu meðvitundarleysis (99 einstaklingar) til taktgreiningar og eftirlits hjá veiku fólki í samráði við lækni um borð (101 einstaklingur) (8). Niðurstöður þessara rannsókna (6-8) eru mjög lofandi og sýna þær fram á bætta lifun fram að útskrift eftir endurlífgun. Ekki þarf að fjölyrða um mikilvægi þessara tækja fyrir flugfarþega fjarri sérhæfðri endurlífgun hátæknispítalanna.

Þrátt fyrir mjög lofandi niðurstöður af þessum rannsóknum þá ber að benda á það að kostnaðurinn á bak við hvert bjargað mannslíf er mjög hár. Í tveimur rannsóknum hefur verið reynt að skoða betur peningahliðina á málinu. Önnur þeirra tók til þess að setja sjálfvirk tæki í allar flugvélar og komst að þeirri niðurstöðu að það væri hagkvæmt (9). Hin rannsóknin (10) reyndi að meta hagkvæmnina við að setja upp sjálfvirk tæki á öllum helstu samgöngumannvirkjum í Skotlandi. Íbúafjöldi í Skotlandi er 5,1 milljón og áætlað var að um 38 hjartastopp hefðu átt sér stað á sjö ára tímabili, eða 5,4 árlega. Þeir mátu kostnaðinn yfir hagkvæmnismörkum og töldu rétt að fjármagni yrði frekar varið í annað gagnlegra.

Til að yfirfæra tölurnar hingað til Íslands væri sambærileg tala eitt hjartastopp á þriggja ára fresti á flugvöllum og rútustöðvum. Miðað við rannsóknina í flughöfnum Chicaco með 100 milljón farþega á ári og 21 hjartastopp á tveimur árum þá væru líkur á hjartastoppi í Leifsstöð með 1,2 milljón farþega árlega um það bil eitt á átta ára fresti. Þegar farþegafjöldinn hefur náð um 1,9 milljónum farþega ná líkur á hjartastoppi þar að verða um eitt á fimm ára fresti. Tíðni á hjartastoppi í flugi hjá US Airlines með 70 milljónir farþega var 36 einstaklingar og þar af 15 í sleglatifi. Til samanburðar eru um 1,1 milljón farþega í millilandaflugi með Flugleiðum árlega (12). Því má leiða líkur að því að farþegi látist af völdum sleglatifs (V. Fib) fjórða til fimmta hvert ár í millilandaflugi með Flugleiðum.

Í erlendum leiðbeiningum hefur verið notuð sú viðmiðunarregla að sjálfvirkum stuðtækjum sé komið fyrir þar sem útkallstími sjúkrabíla er fimm mínútur eða meira, og eitt hjartastopp hafi átt sér stað á síðustu fimm árum. Endurlífgunarráð landlæknis sendi frá sér skýrslu í nóvember 2003 (11) um útbreiðslu og notkun sjálfvirkra hjartastuðtækja hér á landi þar sem tekið var undir þetta álit. Var þar lagt til að áhersla væri lögð á að sjálfvirkum tækjum yrði komið fyrir í heilbrigðisstofnunum og sjúkrabílum, en einnig talið að til greina kæmi að tækin væru í flugvélum.

Með þessu móti væri hægt að bjarga fleiri mannslífum. Fyrir allan flugflota Flugleiða í millilandaflugi (14 vélar) væri kostnaðurinn 3,6 milljónir miðað við algengustu tegund hjartastuðtækja (13). Við þetta bætist svo kostnaður við námskeið í grunnendurlífgun og notkun tækjanna. Til að mæta kostnaði vegna kaupa og uppsetningu á tækjum í flugflota Flugleiða þyrfti að hækka fargjaldið um rúmar þrjár krónur fyrir hvern af 1,1 milljónum farþega félagsins það árið og myndi það standa undir kostnaði við tækjakaupin.



Mynd 2. *EKG at discharge.*

Ályktun

Við skyndilegt meðvitundarleysi og öndunarstöðvun er líklegast að um alvarlega hjartsláttaróreglu sé að ræða. Sé um sleglatif að ræða skiptir tíminn þar til rafstuði er beitt mestu máli varðandi lifun. Það er óumdeilanlegt að mjög góður árangur hefur náðst í flugvélum, spilavítum og flugvöllum í Bandaríkjunum með uppsetningu sjálfvirkra hjartarafstuðtækja sem eru aðgengileg almenningi. Sjúklingurinn í okkar tilfelli væri tvímælalaust ekki á lífi í dag nema fyrir tilstilli hjartarafstuðtækisins. Miðað við erlendar leiðbeiningar er mælt með að tækjum sé komið fyrir þar sem útkallstími sjúkrabíla er fimm mínútur eða meira og eitt hjartastopp hafi átt sér stað á síðustu fimm árum.

Miðað við ofangreindar leiðbeiningar ætti því að setja upp sjálfvirk hjartastuðtæki í flugvélum í millilandaflugi. Í Leifsstöð þarf líklega að huga að uppsetningu þeirra þegar farþegafjöldinn fer að nálgast tvær milljónir árlega.

Heimildir

1. Marelsson S, Þorgeirsson G. Skyndidauði utan spítala á Reykjavíkursvæðinu árin 1987-1999 af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum. Læknablaðið 2001; 87: 973-8.

2. Sigurðsson G, Þorgeirsson G. Sérhæfð endurlífgun utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu 1991-1996. Læknablaðið 2000; 86: 669-73.
3. Eisenberg MS, Berger L, Hallstrom AL. Cardiac resuscitation in the community. JAMA 1979; 241: 1905-7.
4. Bunch JT, White RD, Gersh BJ, Meverden RA, Hodge DO, Ballman KV, et al. Long-Term outcomes of out-of-hospital cardiac arrest after successful early defibrillation. NEJM 2003; 348: 2626-33.
5. van Alem AP, Vrenken RH, de Vos R, Tijssen JG, Koster RW. Use of automated external defibrillator by first responders in out of hospital cardiac arrest:prospective controlled trial. BMJ 2003; 327: 1312-6.
6. Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcomes of rapid defibrillation by securyity officers after cardiac arrest in casinos. NEJM 2000; 343: 1206-9.
7. Caffrey SL, Willoughby PJ, Pepe PE, Becker LB. Puplic use of automated external defibrillators. NEJM 2002; 347: 142-7.
8. Page RL, Joglar JA, Robert CK, Sagrodzky JD, Nelson LL, Ramaswamy K, et al. Use of automated external defibrillators by a U.S. airline. NEJM 2003; 343: 1210-6.
9. Cram P, Vijan S, Wolbrink A, Fendrick AM. The impact of including passive benefits in cost-effectiveness analysis: the case of automated external defibrillators on commercial aircraft. Value Health 2003; 6: 466-73.
10. Walker A, Sirel JM, Marsden AK, Cobbe SM, Pell JP. Cost effectivenes and cost utility model of public place defibrillators in improving survival after prehospital cardiopulmonary arrest. BMJ 2003; 327: 1316-9.
11. *www.landlaeknir.is*
12. Ársskýrsla Flugleiða, *www.icelandair.com*
13. *www.inter.is*

Áhrif díklófenacs á mjógirni

Rannsókn með holsjárhylki

Bjarni Þjóðleifsson[1]

Ásgeir Theodórs[2]

Ingvar Bjarnason[3]

HÖFUNDAR ERU ALLIR SÉRFRÆÐINGAR Í MELTINGARSJÚKDÓMUM

Rannsóknin var styrkt af rannsóknarsjóði Ingvars Bjarnasonar.

Engir hagsmunaárekstrar, enginn fjárhagslegur ávinningur.

[1]LYF-1 Landspítala Hringbraut, [2]meltingarsjúkdómadeild St. Jósefsspítala Hafnarfirði, [3]Kings College Hospital London.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Bjarni Þjóðleifsson, LYF-1 Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. *bjarnit@landspitali.is*

Lykilorð: *holsjárrannsókn á mjógirni, salílyf.*

Ágrip

Inngangur: Það er vel þekkt að salílyf valda áverka á slímhúð í maga og skeifugörn en minna er vitað um áhrif þeirra á mjógirni. Ný tækni gerir nú mögulegt að skoða hvaða áhrif salílyf hafa í mjógirni. Lítið holsjárhylki sem sjúklingar kyngja berst með þarmahreyfingum eftir mjógirninu og sendir þráðlaust myndir í móttökubúnað sem festur er á kvið viðkomandi.

Tilgangur: Að kanna áhrif díklófenacs á mjógirnið metið myndrænt með holsjárhylki og með mælingum á kalprotektíni í hægðum. Ennfremur að kanna áhrif díklófenacs á einkenni frá meltingarfærum og á blóðrauða.

Aðferðir: Tuttugu heilbrigðir sjálfboðaliðar 21-61 árs tóku díklófenac 75 mg x 2 á dag í 14 daga. Skoðun með holsjárhylki var gerð fyrir og eftir lyfjatöku og einnig mæling á kalprotektíni í hægðum. Til að hindra áverka á maga var gefið omeprazole 20 mg x 2 á dag.

Niðurstöður: Allir sjálfboðaliðar höfðu eðlilegt mjógirni fyrir lyfjatöku. Eftir lyfjatöku komu fram áverkar hjá 14 en sex höfðu engan áverka: Hjá þeim sem höfðu áverka var fjöldi þeirra á bilinu 2 til 30. Tegund áverkanna var frá litlu rofi eða blæðingu í slímhúð yfir í stór sár með fríu blóði. Áverkarnir dreifðust jafnt um mjógirnið og einn sjálfboðaliði hafði stórt sár efst í ristli og annar hafði frítt blóð í ristli. Meðalgildi kalprotectín (normalgildi<60) fyrir lyfjagjöf var 29 mg/L (±28) en 148 mg/L (±108) eftir lyfjagjöf ($p< 0,001$). Meðalgildi blóðrauða lækkaði úr 145,1 í 136,8 g/L ($p<0,05$). Tólf sjálfboðaliðar höfðu óþægindi í efri hluta meltingarvegar meðan á lyfjagjöf stóð.

Ályktun: Rannsóknin sýnir að gigtarlyfið díklófenac veldur slímhúðaráverkum í mjógirni eins og lýst hefur verið í maga. Óþægindi í kviðarholi sem er vel þekktur fylgikvilli salílyfja getur fullt eins orsakast af mjógirnisáverka.

Inngangur

Það er vel þekkt að gigtarlyf af NSAID gerð (non steroid anti inflammatory drugs), nefnd salílyf í þessari grein, valda bólgu og sárum í maga og skeifugörn, sem geta blætt og sprungið út í kviðarhol (1). Hjá eldra fólki eru þetta lífshættulegir fylgikvillar (2). Það eru ýmsar aðrar aukaverkanir salílyfja á meltingarfæri sem ekki skýrast af áverka á maga og skeifugörn og má þar nefna blóðleysi og meltingaróþægindi sem koma fram þó ekkert finnist við skoðun á efri meltingarvegi (3). Ýmsar vísbendingar eru um að

ENGLISH SUMMARY

Þjóðleifsson B, Theodórs Á, Bjarnason I

The effect of diclofenac on the small intestine studied by wireless endoscopy

Læknablaðið 2004; 90: 689-93

Introduction: It is well known that NSAIDs cause erosions and ulcers in the stomach and duodenum but little is known about a possible damage to the small intestine. Direct visualization of the small intestine has not been possible until recently with the introduction of wireless endoscopy.

Objectives of study: Primary. To assess the effect of diclofenac on the small intestine using wireless endoscopy and measurement of calprotectin in the stools. Secondary. To assess the possible effect of diclofenac on gastro-intestinal symptoms and on the level of hemoglobin.

Methods: Twenty healthy volunteers 21-61 years of age, 10 males and 10 women, received diclofenac 75 mg twice daily for 14 days. Wireless endoscopy was performed before and after diclofenac and also measurements of calprotectin in the stools. The volunteers kept a diary of gastro-intestinal related symptoms during the treatment. In order to eliminate injury and symptoms from the stomach and duodenum, omeprazole 20 mg twice daily was given with the diclofenac.

Results: Wireless endoscopy before diclofenac showed no abnormalities in the 20 volunteers. After diclofenac treatment wireless endoscopy showed injuries in 14 volunteers but six had no injury. The number of small intestinal injuries found in each volunteer varied from 2-30. The injuries were equally distributed throughout the small intestine. Two volunteers had an injury in the caecum (ulcer, free blood). Stool calprotectin (normal value <60 mg/L) before diclofenac was 29 mg/L (±28) but increased to 148 mg/L (±108) ($p<0.01$) after diclofenac. Fourteen volunteers had gastro-intestinal related symptoms. The mean Hemoglobin concentration decreased from 145.1 to 136.8 g/L ($p<0.05$) with diclofenac treatment.

Conclusions: The administration of diclofenac is associated with injuries in the small intestine similar as have been described in the stomach and duodenum. The symptoms associated with diclofenac in this study could be related to the small intestinal injury.

Key words: *wireless endoscopy, non steroidal anti inflammmatory drugs (NSAIDs), small intestine.*

Correspondence: *Bjarni Þjóðleifsson, bjarnit@landspitali.is*

salílyf hafi áhrif á mjógirnið (3) en ekki hefur verið hægt að staðfesta það beint vegna þess að erfitt er að skoða það myndrænt. Ný tækni gerir nú mögulegt að skoða hvaða áhrif salílyf hafa á mjógirni. Lítið holsjárhylki sem sjúklingar kyngja berst með þarmahreyfingum eftir mjógirninu og sendir þráðlaust tvær myndir á sekúndu í móttökubúnað sem festur er á kvið viðkomandi. Á þennan hátt fæst nákvæm myndræn skoðun á öllu mjógirni án þess að leggja sjúklinga í geislun, áhættu eða valda þeim verulegum óþægindum. Ennfremur var notuð óbein aðferð til að meta bólgu í mjógirni. Kalprotektín í hægðum er mjög næmur mælikvarði á bólgu í meltingarvegi en það segir ekki til um hvar bólgan er. Salílyf valda bólgu í maga sem gefur hækkun á kalprotektíni ein og sér. Hægt er að fyrirbyggja þessa bólgu með því að gefa sýrulækkandi lyf og var það gert í þessari rannsókn, en sýrulækkandi lyf vernda ekki mjógirni.

Tilgangur rannsóknar

- Að kanna áhrif díklófenac á mjógirnið metið myndrænt með holsjárhylki.
- Að kanna hvort díklófenac valdi bólgum í mjógirni, metið með mælingum á kalprotectíni í hægðum.
- Að kanna hvaða áhrif díklófenac hefur á einkenni frá meltingarfærum.
- Að kanna hvaða áhrif díklófenac hefur á blóðrauða (hemoglóbúlín).

Aðferðir

Rannsóknin var framkvæmd að fengnu leyfi Vísindasiðanefndar og hún var tilkynnt til Persónuverndar.

Þátttakendur: Tuttugu heilbrigðir sjálfboðaliðar 21-61 árs, tíu karlar og tíu konur, tóku þátt í tilrauninni. Þeir skrifuðu allir undir upplýst samþykki. Þeir máttu ekki vera á neinum lyfjum og ekki hafa neytt áfengis eða notað aspírin eða gigtarlyf í minnst 14 daga. Líkamsskoðun var gerð og almenn blóðpróf. Einnig var sérstaklega spurt um einkenni frá meltingarfærum seinustu sjö daga fyrir skoðun.

Tafla 1. Fjöldi sjálfboðaliða með áverka í mjógirni fyrir og eftir díklófenac.

	Fjöldi sjálfboðaliða með áverka í mjógirni			
	Stig 1	Stig 2	Stig 3	Stig 4
	Blæðingar í slímhúð	Rof á slímhúð	Rof með blæðingu	Frítt blóð
Fyrir díklófenac	0	0	0	0
Eftir díklófenac	9	10	2	2



Lyfjataka: Þátttakendur tóku díklófenac hylki 75 mg x 2 á dag og omeprazole 20 mg x 2 í 14 daga.

Holsjárrannsóknin var gerð á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði. Rannsóknin var gerð klukkan átta daginn fyrir og á seinasta degi lyfjatöku. Daginn fyrir holsjárrannsókn voru þátttakendur á fljótandi fæði og síðan í tvær klukkustundir eftir að þeir gleyptu holsjárhylkið. Eftir það neyttu þeir venjulegs fæðis og sinntu daglegum athöfnum. Holsjárhylkið er einnota og það skilaði sér með hægðum. Eftir klukkan 16 sama dag skiluðu þeir móttökutækinu sem var lesið með sérstökum hugbúnaði, Rapid® reader. Úrlestur var framkvæmdur óháð af öllum höfundum þessarar greinar og jafnframt var fenginn úrlestur hjá erlendum aðila. Áverkar voru flokkaðir samkvæmt heimild (4)í stig 1-4 (sjá töflu I) og ennfremur var reiknað út vegið skor til að fá eitt tölugildi fyrir hvern sjálfboðaliða og er það hugmynd höfunda. Gildið var þannig fengið að stig eitt hafði vægið einn, stig tvö vægið fjóra, stig þrjú vægið átta og stig 4 vægið átta. Hugmyndin að vegnu mati er að sár og blæðingar hafi meiri klíníska þýðingu en blæðingar í slímhúð og roðablettir.

Kalprotektín: Daginn fyrir lyfjatöku og á 13. degi lyfjatöku skiluðu þátttakendur hægðaprufum (1 gr) sem voru geymdar við 4° C. Að rannsókn lokinni voru hægðaprufurnar sendar til Kings College sjúkrahússins í London þar sem gerð var mæling á kalprotektíni með ELISA aðferð.

Einkenni: Þátttakendur fylltu út dagbók um fimm einkenni frá meltingarfærum alla 14 dagana sem rannsóknin stóð. Einkennin voru brjóstsviði, niðurgangur, óþægindi í kviðarholi, uppþemba og vindgangur. Einkennin voru skráð á skala 0-4 og táknaði 0 engin einkenni, 1 væg, 2 miðlungs, 3 slæm en 4 svæsin einkenni.

Staðtölulegar aðferðir: Notað var forritið excel í Microsoft Office XP til að reykna út parað t próf, staðalfrávik og fylgistuðul (correlation coefficient). Staðtölulegur marktækur munur var talinn vera $p<0,05$.

Niðurstöður

Myndrannsókn: Allir sjálfboðaliðar höfðu eðlilegt mjógirni fyrir lyfjatöku. Eftir lyfjatöku komu fram áverkar hjá 14 sjálfboðaliðum (meðalfjöldi áverka af gráðu 1, 2, 3 og 4 var 2,0-3,9-0,4 og 0,8) en sex höfðu engan áverka. Í töflu I er sýnt hve margir sjálfboðaliðar höfðu áverka en sumir höfðu fleiri en einn áverka og var fjöldinn á bilinu 2 til 30. Tegund áverkanna var frá litlu rofi eða blæðingu í slímhúð yfir í stór sár með fríu blóði. Áverkarnir dreifðust jafnt um mjógirnið og einn sjálfboðaliði hafði stórt sár efst í ristli og annar hafði frítt blóð í ristli (ekki talið í töflu). Sex sjálfboðaliðar höfðu enga áverka eftir díklófenac.

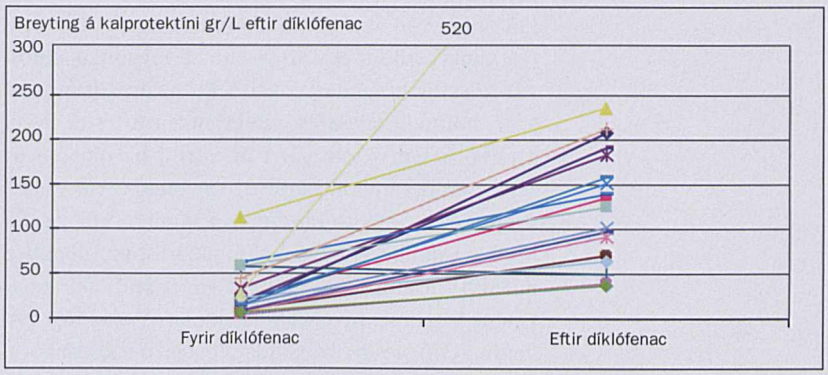
Skoðun á maga var í öllum tilfellum eðlileg nema

þrjár slímhúðarblæðingar sáust hjá tveimur þátttakendum. Það hefur þó ekki verið staðfest með hefðbundnum speglunaraðferðum að holsjárhylkisrannsókn sé fullnægjandi til að skoða maga. Kerfisbundin skoðun á ristli var ekki möguleg. Það þurfti hins vegar að gera skoðun á efsta hluta ristils til að meta hvenær holsjárhylkið færi niður í digurristil (caecum). Við þá skoðun sást stórt sár hjá einum sjálfboðaliða og frítt blóð hjá öðrum.

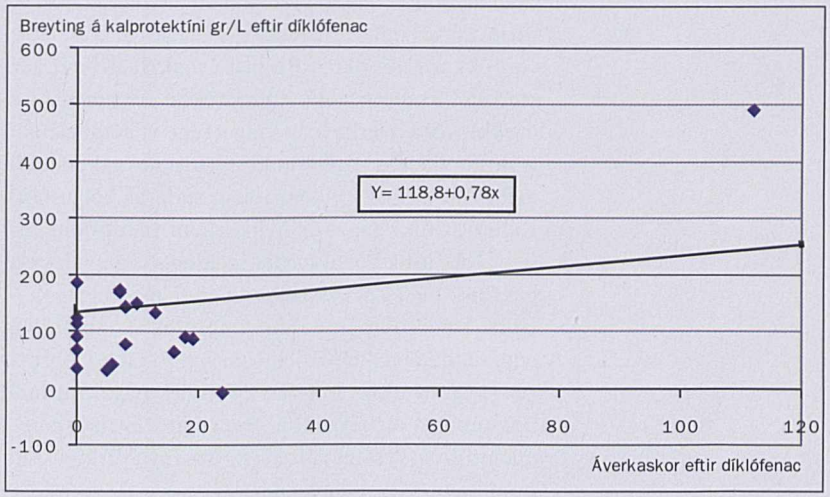
Kalprotektín: Meðalgildi kalprotektíns (±SD) (normalgildi<60) fyrir lyfjagjöf var 29 mg/L (±28) en 148 mg/L (±108) eftir lyfjagjöf ($p< 0,001$). Allir þátttakendur nema einn sýndu hækkun á kalprotektíni eftir meðferð (mynd 1). Marktæk fylgni fannst milli vegins áverkaskors og hækkunar á kalprotektíni eftir meðferð ($r = 0,78$; $p < 0,01$) (mynd 2). Það var ekki marktæk fylgni milli hækkunar á kalprotektíni og blóðrauða ($r=0,1$) eða einkennaskors ($r=0,07$).

Meltingarfæraeinkenni: Tólf sjálfboðaliðar höfðu óþægindi frá meltingarfærum meðan á lyfjagjöf stóð og flestir þeirra höfðu fleiri en eina tegund (mynd 3). Langalgengasta og svæsnasta einkennið var vindgangur (mynd 4). Ekki kom fram marktæk fylgni milli einkenna og áverkaskors eða kalprotektíns.

Blóðrannsóknir: Engin marktæk breyting varð á blóðgildum nema meðalgildi blóðrauða lækkaði úr 145,1 í 136,8 g/L ($t=2,71$; $p<0,05$). Tíu þátttakendur lækkuðu í blóðrauða á bilinu 10-18 g/L.



Mynd 1. *Kalprotektín í hægðum fyrir og eftir díklófenac.*

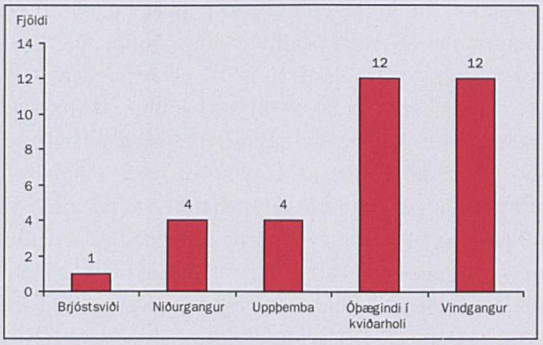


Mynd 2. *Samband áverkaskors og breytinga á kalprotektíni.*

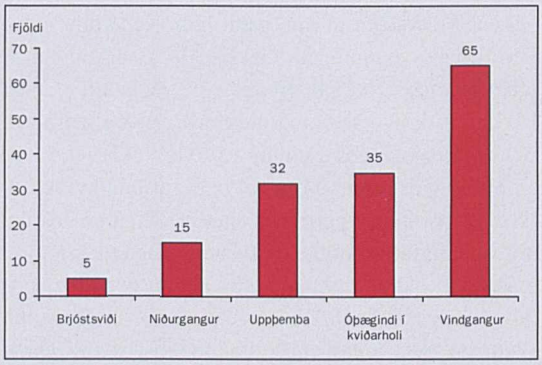
Umræða

Skoðun á meltingarvegi með holsjárhylki er mjög áhugaverð aðferð sem er í örri þróun. Hún hefur sannað gildi sitt við nokkra sjúkdóma og/eða vandamál. Aðferðin er kjörrannsókn við að finna dulda blæðingu frá meltingarvegi og hún er einnig gagnleg við að meta og greina Crohn's sjúkdóm (5-9). Engar rannsóknir hafa verið gefnar út um notkun holsjárhylkis við að greina áverka af völdum salílyfja en ein rannsókn hefur verið gefin út í formi útdráttar (4). Mat á salílyfjaáverka er töluvert vandasamari heldur en að greina æxli og æðaflækjur með holsjárhylki. Salílyfjaáverki kemur fram í mörgum myndum og það eru einkum vægari tegundir sem erfitt er að meta. Þar er um að ræða forstig sára sem byrja með því að slímhúðartotur þurrkast af („denuded mucosa") og fram koma rauðir blettir með eða án rofs á slímhúð. Ennfremur koma smáblæðingar í slímhúð sem geta síðan sprungið út og myndað sár með blæðingu. Höfundar þessarar greinar hafa ekki mikla reynslu í úrlestri holsjárhylkisrannsókna (mjög fáir hafa slíka reynslu) en þeir hafa allir setið námskeið og heimsótt staði þar sem rannsóknin er framkvæmd.

Haft var samráð við þann vinnuhóp sem fyrstur gerði rannsókn á áhrifum gigtarlyfja á mjógirni og fenginn úrlestur á okkar myndböndum (4) en í okkar



Mynd 3. *Fjöldi þátttakenda með einkenni frá meltingarfærum.*



Mynd 4. *Samtals stig fyrir einkenni frá meltingarfærum fyrir alla sjálfboðaliða.*

rannsókn var stuðst við einfalda útgáfu á þeirra flokkunarkerfi. Í þessari grein er eingöngu stuðst við úrlestur höfunda og var >90% samsvörun í úrlestri höfunda og >85% við erlendan úrlestur. Nánast 100% samsvörun var í úrlestri á blæðingum og sárum en ósamræmi í úrlestri var bundið við vægari áverka eins og litlar blæðingar í slímhúð, roðabletti, lítil rof í slímhúð og tap á slímhúðartotum (denuded mucosa). Rannsóknin sýnir að gigtarlyfið díklófenac veldur slímhúðaráverkum í mjógirni eins og lýst hefur verið að salílyf valdi í maga og skeifugörn. Fram að þessu hafa aukaverkanir salílyfja (sár, blæðingar, meltingarfæraeinkenni) fyrst og fremst verið taldar stafa af áverkum í maga og skeifugörn en í okkar rannsókn voru þeir fylgikvillar hindraðir með gjöf á omeprazole. Kalprotektín er mjög næmur mælikvarði á áverka á meltingarvegi og hefur sannað gildi sitt við að greina á milli starfrænna einkenna frá meltingarvegi og einkenna sem stafa af bólgu (10). Kalprotektín kemur úr hvítkornum (neutrophilum) sem flykkjast á bólgusvæði í meltingarvegi og leysast þar upp og losa kalprotektín inní meltingarveg. Í okkar rannsókn hækkaði kalprotektín hjá öllum nema einum sjálfboðaliða sem hafði nánast óbreytt gildi fyrir og eftir rannsókn. Marktæk fylgni var milli hækkunar á kalprotektíni og vegins áverkaskors í mjógirni og flest bendir til að megin áverkinn sem fram kom í okkar rannsókn sé í mjógirni. Vert er þó að hafa í huga að sex sjálfboðaliðar höfðu hækkað kalprotektín án þess að áverki fyndist í mjógirni og ennfremur að tveir sjálfboðaliðar höfðu áverka í ristli samkvæmt holsjárrannsókn þó hann væri ekki skoðaður kerfsbundið. Áverki af völdum díklófenac kemur fram á þeim stað sem lyfið losnar úr hylkinu og á það að gerast að langmestu leyti í mjógirni. Við hraða gegnumferð getur díklófenac þó losnað í digurgirni og báðir áverkarnir sem fundust í ristli í okkar rannsókn voru á því svæði. Það er þekkt að þau lyfjaform af salílyfjum sem frásogast hægt geta valdið áverka í ristli (11). Marktæk lækkun á blóðrauða (Hb) eftir aðeins 14 daga meðferð með díklófenac er mjög athyglisverð. Helmingur þátttakenda hafði lækkun á bilinu 10-18 g/L. Hafa þarf þó í huga að díklófenac veldur vökvasöfnun og gæti hluti lækkunarinnar verið vegna þynningar. Lækkun á blóðrauða eftir langtímameðferð á salílyfjum er þó vel þekkt (12) en lækkun eftir svo skamma meðferð eins og gefin er í okkar rannsókn hefur einnig verið lýst (13).

Meltingaróþægindi eru vel þekktur fylgikvilli salílyfja en meingerð þeirra er óþekkt. Tilgátur eru um að þau geti tengst bólgu og sárum í maga og mjógirni eins sést í okkar rannsókn eða auknu gegndræpi og leka í mjógirni sem fylgir bólgu (14). Okkar rannsókn sýndi þó ekki tengsl milli einkenna og áverkaskors eða bólgu (eins og hún er mæld með kalprotektíni). Það eru sterkar líkur á því að áverki í maga hafi verið óverulegur og bendir það til að einkennin stafi frekar frá mjógirni.

Rannsókn okkar hefur sýnt nýja hlið á aukaverkunum salílyfja á meltingarveg. Áður hefur athyglin aðallega beinst að maga og skeifugörn en okkar rannsókn sýnir að sár, blæðingar og bólga koma ekki síður í mjógirni og meltingaróþægindi sem fylgja salílyfjatöku geta vel verið af sama toga. Það sem takmarkar okkar rannsókn er að hún stóð aðeins í 14 daga og það er ekki alveg ljóst hvaða klíníska þýðingu áverkarnir hafa eða hvernig þeim reiðir af við áframhaldandi salílyfjagjöf. Áverkar af stigi 1 hafa sennilega litla klíníska þýðingu en flest bendir til að áverkar af stigi 2-4 hafi þýðingu og geti þróast yfir í þekkta fylgikvilla langtíma salílyfjanotkunar eins og blóðleysi (15), rofsár (4), örvefsmyndun og þrengsli (Bjarnasons disease) (3).

Þörf er á frekari rannsókn á langtímaáhrifum gigtarlyfja á mjógirni og ennfremur þarf að rannsaka áhrif coxíb-lyfja á mjógirni.

Þakkir

Kristínu Ólafsdóttir og Margréti Hinriksdóttir hjúkrunarfræðingum á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði eru færðar sérstakar þakkir fyrir framkvæmd á rannsóknninni. ASTRA ZENECA eru færðar þakkir fyrir að gefa omeprazole fyrir tilraunina.

Heimildir

1. Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. Arch Intern Med 2000;160: 2093-9.
2. Þjóðleifsson B. Ný og gömul gigtarlyf. Áhætta og ávinningur. Læknablaðið 2003; 89: 849-56.
3. Bjarnason I, MacPherson AJ, Russell AS. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. Gastroenterology 1993;104: 1832-47.
4. Goldstein GE, Blair L, Gralnick I, Fort J, Brown R, Johanson J, et al. Abnormal small bowel findings are common in healthy subjects screened for a multi-center, double blind, randomized, placebo-controlled trial using capsule endoscopy. Gastroenterology 2003; 124(suppl 4): 284.
5. Katz DZ LB. Capsule endoscopy in known or suspected Crohn's disease: the prospective of the referring physician and the patient. Am J Gastroenterol 2002; 9: S300.
6. Fleischer DE. Capsule endoscopy: The voyage is fantastic – will it change what we do? Gastrointestinal Endoscopy 2002; 56: 452-6.
7. Costamagna G, Shah SK, Riccioni ME, Foschia F, Mutignani M, Perri V, et al. A prospective trial comparing small bowel radiographs and video capsule endoscopy for suspected small bowel disease. Gastroenterology 2002; 123: 999-1005.
8. Rosenberg MD M-GY, Klein S, et al. Comparison of wireless capsule endoscopy, ileoscopy and small bowel follow through for the evaluation of non-stricturing IBD. Am J Gastroenterol 2002; 97: S263.
9. Friedman S. Comparison of capsule endoscopy to other modalities in the small bowel. Gastrointest Endoscopy Clin N Am 2004; 14: 51-60.
10. Tibble J, Teahon K, Thjodleifsson B, Roseth A, Sigthorsson G, Bridger S, et al. A simple method for assessing intestinal inflammation in Crohn's disease. Gut 2000: 506-13.
11. Hjartarson HF, Cariglia N, Björnsson J. Ristilþrengsli af völdum bólgueyðandi lyfja. Læknablaðið; 90: 133-5.
12. Bjarnason I, Hayllar J, MacPherson AJ, Russell AS. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. Gastroenterology 1993: 1832-47.

13. Hunt RH, Bowen B, Mortensen ER, Simon TJ, James C, Cagliola A, et al. A randomized trial measuring fecal blood loss after treatment with rofecoxib, ibuprofen, or placebo in healthy subjects. Am J Med 2000; 109: 201-6.
14. Shah AA, Thjodleifsson B, Murray FE, Kay E, Barry M, Sigthorsson G, et al. Selective inhibition of COX-2 in humans is associated with less gastrointestinal injury: a comparison of nimesulide and naproxen. Gut 2001; 48: 339-46.
15. Langman MJS, Worrall A. Use of anti-inflammatory drugs by patients admitted with small or large bowel perforations and haemorrhage. BMJ 1985; 290: 347-9.

ÞÚ KEMST ANNAÐ HVORT UPP Á TOPP EÐA EKKI

Nýjar aðferðir við að meðhöndla astma fela í sér fullkomna stjórn, ekki bara hálfgerða. Niðurstöður GOAL rannsóknarinnar[1] marka þáttaskil þar sem þær sýna að astmasjúklingar geta náð fullkomnu valdi á ástandi sínu. Þú getur nú veitt sjúklingum þínum tækifæri til að lifa lífinu – hvort sem þeir þjást af vægum eða slæmum astma – án Ventolins®, án einkenna, án svefnlausra nátta og án þess að versna frekar.

SERETIDE™
salmeterol/fluticasone propionate

Astmi án astma

Sérlyfjatexti á bls. 724

ÞÚ KEMST ANNAÐ HVORT UPP Á TOPP EÐA EKKI

Nýjar aðferðir við að meðhöndla astma fela í sér fullkomna stjórn, ekki bara hálfgerða. Niðurstöður GOAL rannsóknarinnar[1] marka þáttaskil þar sem þær sýna að astmasjúklingar geta náð fullkomnu valdi á ástandi sínu. Þú getur nú veitt sjúklingum þínum tækifæri til að lifa lífinu – hvort sem þeir þjást af vægum eða slæmum astma – án Ventolins®, án einkenna, án svefnlausra nátta og án þess að versna frekar.

SERETIDE™
salmeterol/fluticasone propionate

Astmi án astma

Sérlyfjatexti á bls. 724

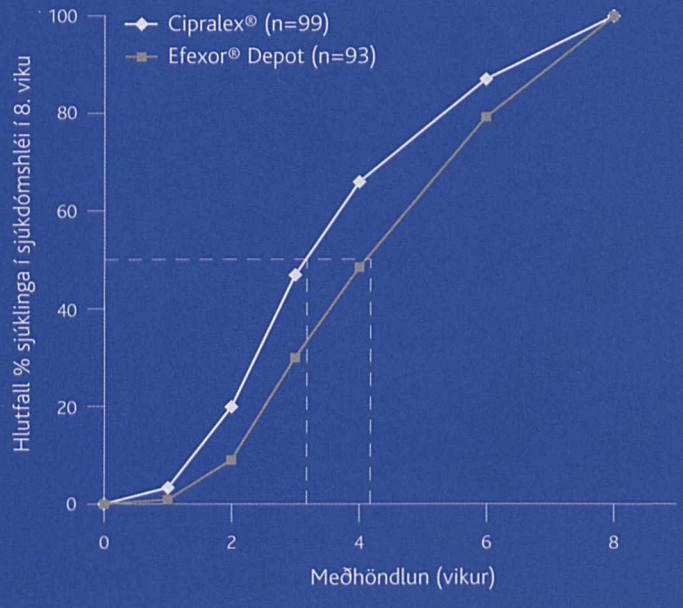
Nýjar niðurstöður

rannsóknar í heilsugæslu. Meðhöndlun á miðlungs til alvarlegu þunglyndi...



Niðurstöður fyrstu beinu samanburðarrannsóknarinnar á Cipralex® escitalopram 10 - 20 mg og Efexor® Depot venlafaxin 75 - 150 mg[1]

Tími að sjúkdómshléi



Unnið samkvæmt Montgomery et al.[1]

Rannsóknin sýndi:

- að þeir sjúklingar sem náðu sjúkdómshléi þá náði Cipralex® hópurinn (n=99) viðvarandi sjúkdómshléi* næstum einni viku (6,6 dögum) fyrr en Efexor® Depot hópurinn (n=93) ($p < 0,001$)
- Cipralex® hefur í það minnsta jafn góð áhrif og Efexor® Depot gegn miðlungs til alvarlegu þunglyndi (mælt á MADRS skalanum)
- Cipralex® hafði marktækt minni aukaverkanir þegar um var að ræða ógleði, aukna svitamyndun og hægðartregðu ($p<0,05$)

* MADRS skor ≤ 12

Heimild 1: Montgomery, SA et al. A Randomised Study Comparing Escitalopram with Venlafaxine XR in Primary Care Patients with Major Depressive Disorder. Neuropsychobiology 2004;50:57-64

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2 - 104 Reykjavík
Sími 563 4000 - Fax 563 4090
www.austurbakki.is

Lundbeck Cipralex escitalopram

Sérlyfjatexti á bls. 723

Sjúkratilfelli mánaðarins:

Þegar gigtarhnútar eru ekki gigtarhnútar

Kristján Orri Helgason
VIÐ SÉRNÁM Í SÝKLAFRÆÐI

Kristján Steinsson
SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM OG GIGTARSJÚKDÓMUM

Magnús Gottfreðsson
SÉRFRÆÐINGUR Í LYFLÆKNINGUM OG SMITSJÚKDÓMUM

Ágrip

Fjörutíu og níu ára gamall karlmaður fékk áverka á handarbak og sár í kjölfarið sem greri illa. Hann fékk sýklalyfjameðferð ítrekað án fullnægjandi svörunar. Einkenni ágerðust hægt og bítandi og breiddist bólgan út. Hnútar voru þreifanlegir á handarbaki. Tekið var vefjasýni er sýndi granulomatous (bólguhnúðaröskun) bólgu sem talin var samrýmast gigtarhnútum. Sjúklingur var meðhöndlaður með nokkrum barksterainnspýtingum í hið bólgna svæði, en einungis með tímabundinni svörun. Er einkenni höfðu staðið í eitt og hálft ár var tekið nýtt sýni frá hinu bólgna svæði og sent í ræktanir. Úr því óx *Mycobacterium marinum*. Sjúklingur þurfti á langtíma berklalyfjameðferð að halda. Þrátt fyrir það versnaði honum að nýju og var þá greindur með sýkingu í beini sem krafðist skurðaðgerðar og endurtekinnar lyfjameðferðar.

ENGLISH SUMMARY

Helgason KO, Steinsson K, Gottfreðsson M

Rheumatoid nodules: To be or not to be

Læknablaðið 2004; 90: 697-9

A 49-year old man suffered a superficial injury on the dorsum of the right hand. Subsequently, a wound developed which healed slowly despite several courses of oral antibiotics. Gradually, nodular lesions developed on the hand. A biopsy of the nodules showed granulomatous inflammation which was considered to be consistent with rheumatoid nodules. Local injections with corticosteroids were administered with only temporary relief. Eigtheen months after the original injury a biopsy was performed and sent for bacterial culture which grew *Mycobacterium marinum*. The patient received prolonged antimycobacterial treatment. Nevertheless, osteomyelitis eventually developed and a second course of drug therapy, as well as a surgical operation was required before the infection was eventually cured.

Key words: *Rheumatoid noduli, atypical Mycobacteria, Mycobacterium marinum, osteomyelitis.*

Correspondance: Magnús Gottfreðsson, *magnusgo@landspitali.is*

Sjúkratilfelli

Fjörutíu og níu ára karlmaður fékk áverka á hægra handarbak, yfir grunnlið baugfingurs (MCP IV). Ígerð komst í sárið sem greri illa og þurfti að meðhöndla hann endurtekið með sýklalyfjum næstu mánuði, en án árangurs. Að auki fékk sjúklingur bólgueyðandi lyf sem hann tók, en án sjáanlegs bata. Einkenni ágerðust og bólga breiddist út á handarbaki og upp að úlnlið. Hnútar tóku að myndast á handarbaki og bólga yfir grunnlið vísifingurs (MCP II). Í kjölfarið var bólgu- og hnútasvæði sprett upp og sýni sent í vefjagreiningu. Á beiðninni kom meðal annars fram að um gigtarhnúta væri að ræða. Niðurstaða vefjaskoðunar var „...granulomatous bólga með fibrinous exudati, histiocyta- og risafrumusvörun og fibrosis. Vefjaútlit samrýmist rheumatoid nodules." Í samantekt svarsins sagði: „Mjúkvefir frá hægri hönd með rheumatoid nodules." Í ljósi þessa var sjúklingur meðhöndlaður með sterum staðbundið í hægri úlnlið og einnig mögulega víðar í handarliði, með tímabundnum bata. Á næstu mánuðum ágerðist bólgan svo enn frekar og færðist frá úlnlið upp á fjarhluta framhandleggjar. Á sama tíma fann sjúklingurinn fyrir fyrirferðaraukningu eða hnút við olnbogann innanverðan. Átján mánuðum eftir áverkann á hægra handarbaki leitaði sjúklingurinn á gigtardeild Landspítala. Hann kvað almennt heilsufar vera gott og neitaði reglulegri lyfjanotkun.

Skoðun við komu

Við skoðun var sjúklingur ekki veikindalegur að sjá. Engin sár voru á húð. Veruleg bólga var yfir miðju handarbaki hægri handar og ör eftir sýnatöku yfir MCP lið IV. Einnig var mikil bólga yfir MCP liðum I, II og V (mynd 1). Svolítill bjúgur var á framhandlegg. Þá þreifaðist aumur eitill við hægri úlnlið. Engar aðrar eitlastækkanir fundust. Skoðun var að öðru leyti án athugasemda.

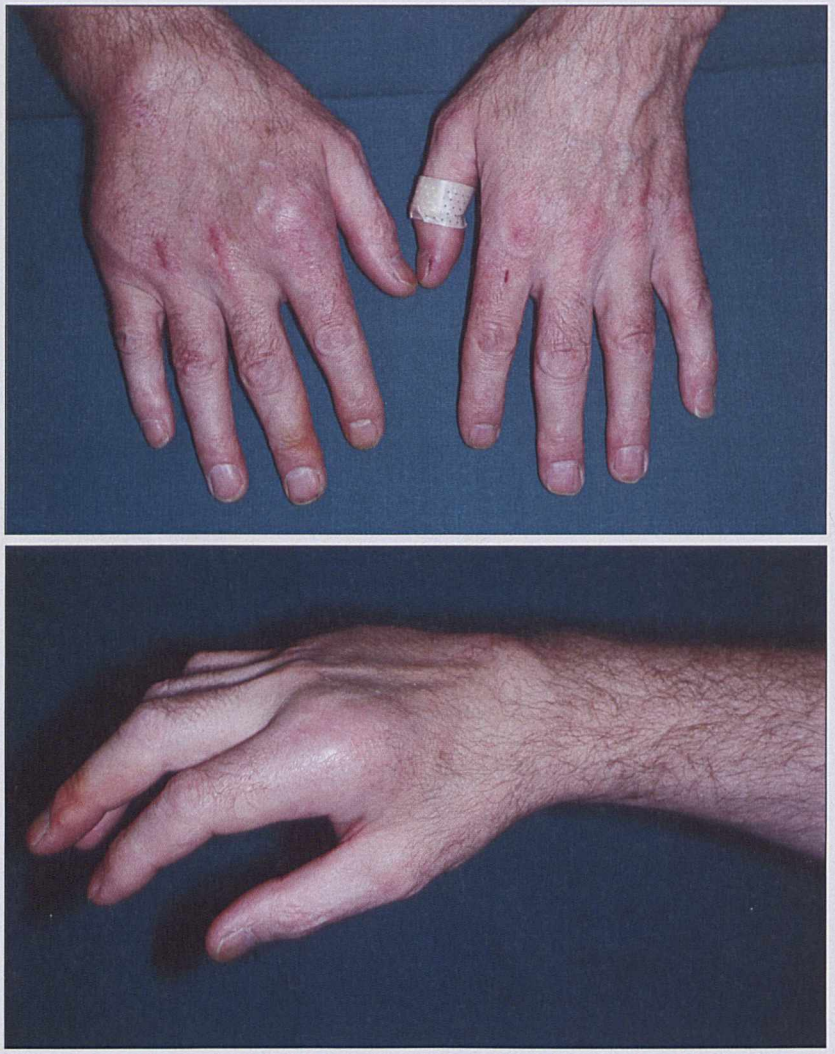
Rannsóknir

Teknar voru blóðrannsóknir sem sýndu hækkun á hvítum blóðfrumum, aðallega hlutkyrningum (neutrofilum). Að öðru leyti voru niðurstöður blóðrannsókna innan eðlilegra marka. Sökk var 4 mm/klst og CRP <2mg/L. Rheumatoid factor og ANA próf voru neikvæð. Röntgenmyndir af lungum og hægri handarliðum voru eðlilegar. Fengin var segulómskoðun af hægri hendi er sýndi útbreiddar mjúkvefjabreytingar í handarbakinu, aðallega yfir smábeinum handar og

Lyflækningadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Magnús Gottfreðsson, Lyflækningadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 543-1000/543-1118. Fax: 543-6568. Netfang: *magnusgo@landspitali.is*

Lykilorð: *gigtarhnútar, ódæmigerðar Mycobakteríur, **Mycobacterium marinum**, beinsýking.*



Mynd 1.
A: *Samanburður á hægri og vinstri hendi. Eins og sjá má er verulegur bjúgur til staðar yfir handarbaki og fyrirferð sést rétt neðan við úlnlið. Pá sést gamalt ör og veruleg bólga yfir grunnliðum fingra II-V.*
B: *Sérmynd af vísifingri sem er greinilega bólginn. Einnig sést fyrirferðarauknning á handarbaki.*

umluktu þær réttisinar með ríkulegri skuggaefnisupphleðslu. Engar beinbreytingar sáust (mynd 2).

Gangur og meðferð

Gerð var ástunga á mjúkpartabólgunni og fékkst 1/2 ml af skýjuðum vökva, líklegast frá sinaslíðri sem sendur var í sýklarannsókn, þar með talið berklaræktun. Engar bakteríur sáust við smásjárskoðun og hefðbundnar bakteríuræktanir voru neikvæðar. Eftir þrjár vikur hófu að ræktast sýrufastir stafir í fljótandi æti. Sýnið var sent í frekari ræktun og tegundargreiningu. Á meðan beðið var eftir tegundargreiningunni var fengin ítarlegri heilsufarssaga þar sem meðal annars kom fram að sjúklingur hafði síðastliðin 11 ár ræktað brasilíska sogfiska sem að hans sögn þrifust best í skítugum fiskabúrum. Var því talið sennilegt að um fiskabakteríuna *Mycobacterium marinum* væri að ræða og var það staðfest þremur mánuðum eftir sýnatöku.

Einkenni sjúklings fóru versnandi fljótlega eftir sýnatöku og var því reynslumeðferð hafin með ríffampicíni og ethambútóli. Að lokinni þriggja mánaða meðferð hafði bólgan lítið hjaðnað og var þá clarithrómýcíni bætt við sem þriðja lyfi. Svörun við meðferðinni var hæg í fyrstu, en stöðug. Að lokinni sjö mánaða meðferð var segulómskoðun af hendi endurtekin og sýndi að verulega hafði dregið úr bólgunni. Haldið var áfram með sýklalyfjameðferð í þrjá mánuði til viðbótar og henni síðan hætt, en maðurinn hafði þá lokið 10 mánaða meðferð. Einkenni voru þá gengin til baka.

Á næstu mánuðum var sjúklingur greindur með blöðruhálskirtilsbólgu og meðhöndlaður með doxýcýclíni í tvígang, en í seinna skiptið fór að nýju að bera á vaxandi bólgu á hendi. Við skoðun var bólga yfir grunnlið vísifingurs hægra megin og grunur vaknaði um lið- og/eða beinsýkingu. Segulómskoðun og beinaskann sýndu sýkingargrunsamlegar breytingar í metacarpalbeini II og aðlægum vefjum. Sjúklingur var því tekinn til aðgerðar þar sem hið bólgna svæði var opnað. Í ljós kom mikil bólga umhverfis grunnlið vísifingurs og í liðslímhúð. Við smásjárskoðun á vefjabita frá svæðinu kom í ljós granulomatous bólga með drepi. Sýrufastir stafir sáust í sýninu og nokkrum vikum síðar ræktaðist *M. marinum* frá vefnum. Sjúklingurinn var settur á súlfamethoxazól og trímetoprím í háum skömmtum, auk clarithrómýcíns. Svörun var fremur hæg í fyrstu, en smám saman dró úr bólgunni og eftir 20 mánaða sýklalyfjameðferð var henni hætt. Þroti og bólga var þá horfinn að mestu leyti, en talsverðar skemmdir voru til staðar í grunnlið vísifingurs og var fingurinn því óstöðugur í liðnum. Sjúklingurinn er laus við öll sýkingareinkenni átta mánuðum síðar og telst hann því læknaður.

Umræða

Mycobacterium marinum er sýrufastur stafur sem sést í Ziehl-Nielsen litun og vex best í Löwenstein-Jensen æti við 30-32° C. Sýkillinn er oft flokkaður sem „ódæmigerð mycobaktería" eða „ódæmigerð berklabaktería" (nontuberculous mycobacteria) til aðgreiningar frá *Mycobacterium tuberculosis*. Aronson lýsti *M. marinum* fyrst árið 1926 sem orsök berkla í saltvatnsfiskum (1,) en þessi sýkill er óalgengur sjúkdómsvaldur í mönnum (2). Aðrar bakteríur, svo sem *M. fortuitum* og *M. chelonae,* geta valdið berklum í fiskum og er sjúkdómurinn þeim banvænn (3).

M. marinum veldur aðallega húðsýkingum í mönnum og hafa húðbreytingarnar fengið ensku heitin „swimming pool granuloma" eða „fish tank granuloma". Dýpri sýkingar eru sjaldgæfari, en af þeim hefur einkum verið lýst hálabelgsbólgu (bursitis), sinaslíðursbólgu, liðsýkingum og beinsýkingum eins og hér er lýst. Fyrsta skráða tilfellið af liðsýkingu af völdum *M. marinum* var kynnt 1972 (4). Síðan þá hafa verið skráð rúmlega fimmtíu tilfelli sinaslíðurssýkinga af völdum þessa sýkils og meira en tuttugu tilfelli liðsýkinga í enskum læknaritum (5). Sinaslíð-

urssýkingar af völdum ódæmigerðra berklabaktería eru fátíðar, en af þeim er *M. marinum* algengasta orsökin. Áþekkar sýkingum af völdum *M. kansasii, M. avium, M. szulgai* og fleiri eru sjaldgæfari (6). Dæmigerð birtingarmynd slíkra sýkinga er sár sem grær illa og langvinn mjúkvefjabólga, oftast á hendi, hjá einstaklingi sem hefur verið útsettur fyrir menguðu vatni. Oft líður langur tími frá upphafi einkenna þar til sjúkdómurinn greinist, að meðaltali átta mánuðir, og er algengt að einkenni sjúklinga séu í fyrstu misgreind sem þvagsýrugigt, liðagigt eða festumein (5). Í tæplega þriðjungi tilvika fá sjúklingarnir sterainnspýtingu og hafa oft fengið hefðbundin sýklalyf áður en rétt greining fæst. Sjúklingar með sinaslíðursbólgu sem fá sterainnspýtingu virðast hafa verri horfur (7).

Við greiningu er mikilvægt að hafa lágan grunnsemdaþröskuld og hafa þessa sýkingu í huga þegar um langvinn sár og bólgur á höndum er að ræða, sérstaklega ef sjúklingur hefur verið útsettur fyrir bakteríumenguðu vatni. Rannsóknum ber ekki saman um gagnsemi tuberculin húðprófs (8, 9), en almennt er gagnsemi þess talin takmörkuð (9). Greining fæst með því að taka sýni og senda í berklaræktun/litun. Segulómskoðun er kjörmyndgreining til að meta umfang sýkingarinnar og er næmari rannsókn en venjuleg röntgenmynd (10).

M. marinum er yfirleitt ónæm fyrir ísóníazíði, en næm fyrir rífampíni, ethambútóli og cíprófloxacíni (11) og er helst mælt með rífampíni og ethambútóli þegar velja á meðferð blint (12). Jafnan hefur verið talið að nægjanlegt sé að meðhöndla sýkingar af þessum toga í 3-4 mánuði, en jafnframt beita skurðaðgerð þegar um djúpar sýkingar er að ræða (9). Í umræddu tilviki var svörun við meðferð fremur hæg og sýkingin náði sér á strik að nýju þrátt fyrir að mun lengri meðferð væri gefin en mælt er með við mjúkvefjasýkingar. Orsakir þess eru óljósar, en bakterían var næm fyrir þeim lyfjum sem gefin voru. Hugsanlegt er að meðferðarheldni hafi verið áfátt, frásog lyfjanna hafi verið lélegt eða þéttni í hinum sýktu vefjum ófullnægjandi. Þá vekur sérstaka athygli að sýkingin versnaði meðan sjúklingur tók doxýcýclín vegna blöðruhálskirtilsbólgu og er það í samræmi við niðurstöður Donta og félaga, er hafa lýst lélegri svörum *M. marinum* við tetracýclínmeðferð (12).

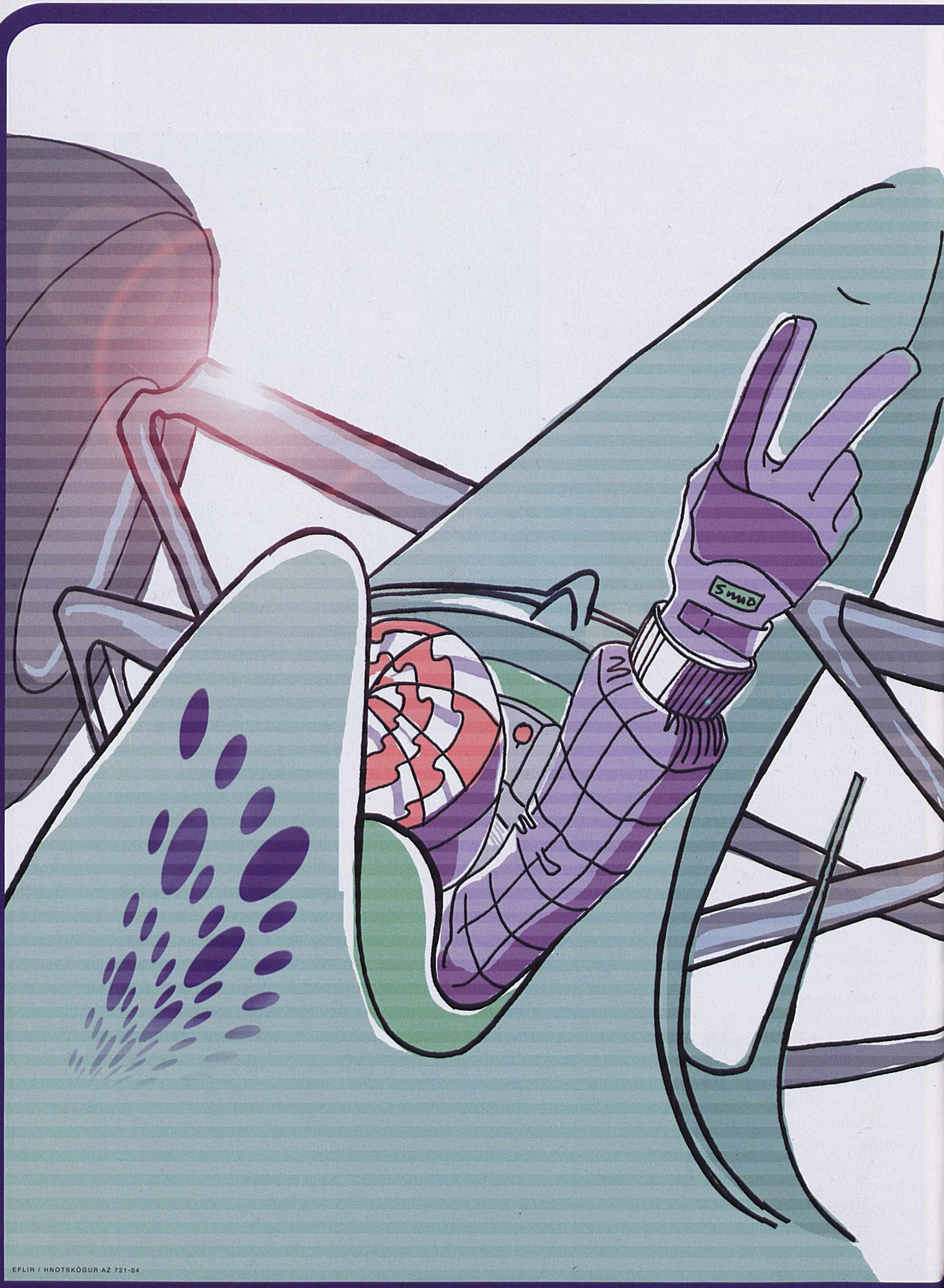
Hvað sem þessu líður minnir þetta sjúkratilfelli okkur á að rétt er að hafa sjúkdómsgreiningu í stöðugri endurskoðun, sér í lagi þegar einkenni eða rannsóknaniðurstöður samrýmast illa þeirri greiningu sem sett hefur verið fram. Þá er rétt að fræða áhugamenn um skrautfiskarækt og ef til vill sölumenn í gæludýrabúðum um tilvist þessarar sýkingar og smitleiðir hennar.



Mynd 2. *Segulómskoðun af hægri hendi er sýndi útbreiddar mjúkvefjabreytingar í handarbakinu, aðallega yfir smábeinum handar. Einnig sést bólga aðlægt grunnlið vísifingurs. Engar beinbreytingar sjást.*

Heimildir

1. Aronson JD. Spontaneous tuberculosis in saltwater fish. J Infect Dis 1926; 39: 315-20.
2. Collins CH, Grange JM, Noble WC. Mycobacterium marinum infections in man. J Hyg Camb 1985; 94: 135-49.
3. Decostere A, Hermans K, Haesebrouck F. Piscine mycobacteriosis: a literature review covering the agent and the disease it causes in fish and humans. Vet Microbiol 2004; 99: 159-66.
4. Jolly HW, Seabury JH. Infections with Mycobacterium marinum. Arch Dermatol 1972; 106: 32-6.
5. Alloway JA, Evangelisti SM, Sartin JS. Mycobacterium marinum arthritis. Semin Arthritis Rheum 1995; 24: 382-90.
6. Zenone T, Boibieux A, Tigaud S, Fredenucci JF, Vincent V, Chidiac C, et al. Non-tuberculous mycobacterial tenosynovitis: a review. Scand J Infect Dis 1999; 31: 221-8.
7. Chow SP, Ip FK, Lau JH, Collins RJ, Luk KD, So YC, et al. Mycobacterium marinum infection of the hand and wrist. J Bone Joint Surg Am 1987; 69: 1161-8.
8. Mollohan CS, Romer MS. Public health significance of swimming pool granuloma. Am J Public Health 1961; 51: 883.
9. Lewis FM, Marsh BJ, von Reyn CF. Fish tank exposure and cutaneous infections due to Mycobacterium marinum: tuberculin skin testing, treatment, and prevention. Clin Infect Dis 2003; 37: 390-7.
10. Unger E, Moldofsky P, Gatenby R, Hartz W, Broder G. Diagnosis of osteomyelitis by MR imaging. AJR Am J Roentgenol 1988; 150: 605-10.
11. Collins CH, Uttley AH. In-vitro activity of seventeen antimicrobial compounds against seven species of mycobacteria. J Antimicrob Chemother 1988; 22: 857-61.
12. Donta ST, Smith PW, Levitz RE, Quintiliani R. Therapy of Mycobacterium marinum infections. Use of tetracyclins vs rifampin. Arch Intern Med 1986; 146: 902-4.

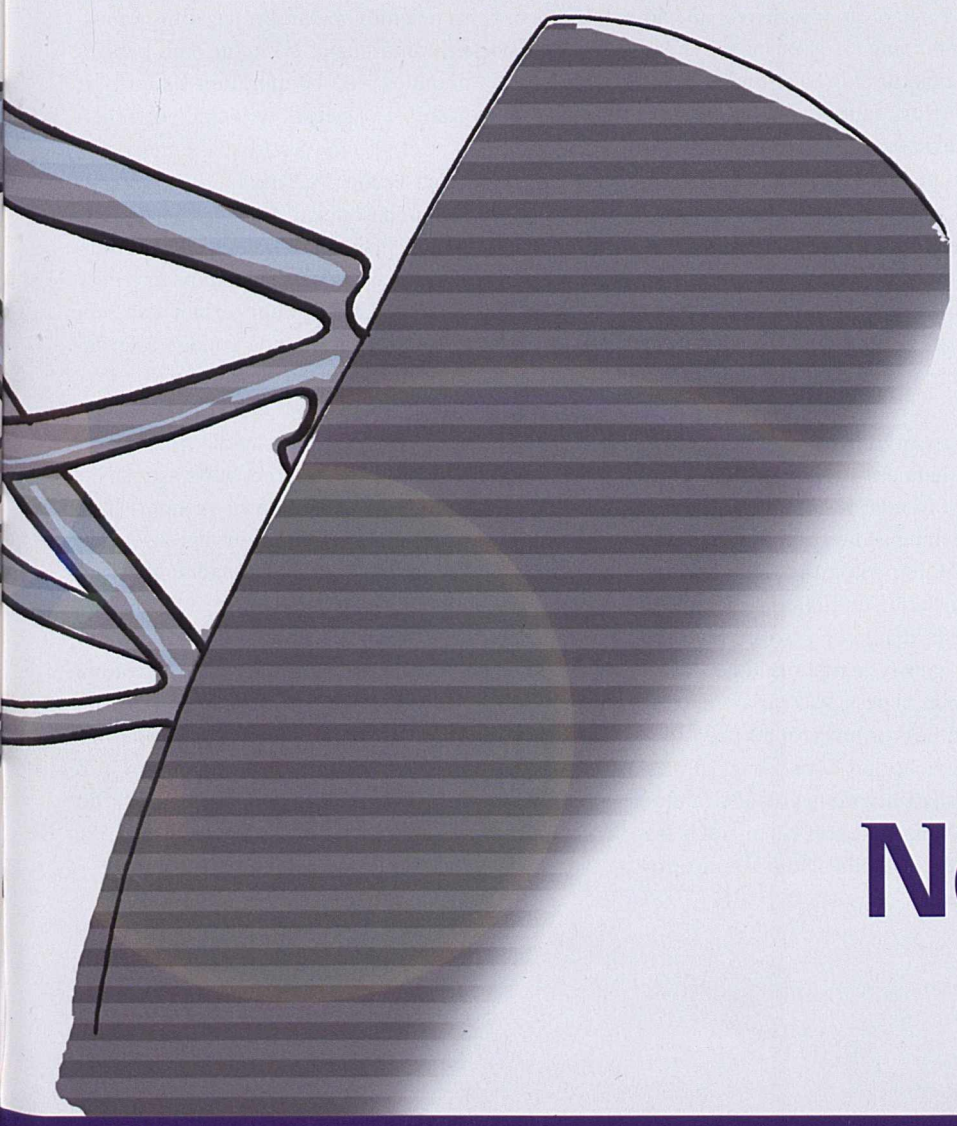


EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 721-04

AstraZeneca Leiðarstjarna í lækningu meltingarsjúkdóma Umboðsaðili: PharmaNor hf. • Hörgatúni 2, 210 Garðab

Markviss á sigurbraut!

- Nexium er eina lyfið sem hefur sýnt fram á betri árangur í meðferð vélindabólgu en ómeprazól 20 mg[1]
- Við vélindabólgu næst betri árangur með Nexium 40 mg í samanburði við ómeprazól 20 mg og lansóprazól 30 mg[2]
- Sem viðhaldsmeðferð næst betri árangur með Nexium 20 mg í samanburði við lansóprazól 15 mg[3]
- Með Nexium næst kröftugri sýruhömlun í samanburði við staðalskammta af ómeprazóli, lansóprazóli og rabeprazóli og meira forspárgildi um árangur. [4]



Nexium®
yfirburða sýruhemill

Sérlyfjatexti á bls. 725

ni 535 7000 • Fax 565 6485 • Fax pantanamóttöku 565 5628 • pharmanor@pharmanor.is • www.pharmanor.is

Áhuga-, atvinnu- eða ævintýramenn?



Sigurbjörn Sveinsson

Höfundur er formaður stjórnar LÍ.

Í pistlunum **Af sjónarhóli stjórnar** birta stjórnarmenn LÍ sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

Það hefur verið afar ánægjulegt að starfa að félagsmálum lækna á liðnum árum. Ég hef notið þeirra forréttinda að fá að tengja áhugamál og félagsstarf lækna og notið til þess stuðnings kollega minna í læknastétt. Auðvitað er stundum siglt mótbyr og veður á súðum, en það léttir jafnan undir þegar allir leggjast á eitt; maður finnur áhuga félaganna á að leggja nokkuð til af sínu, gefa sinn skerf af tíma og fyrirhöfn til að samtök lækna nái markmiðum sínum.

Ég minnist oft þeirra ára sem ég var í stjórn Félags íslenskra heimilislækna. Þau urðu ellefu áður en yfir lauk. Þetta var að ýmsu leyti uppskerutími; miklu hafði verið sáð og nægur ávöxtur. Það þurfti verkamenn til uppskerunnar. Margt verkið lagðist á fárra herðar eins og gengur. En það var athyglisvert að það heyrði til algerra undantekninga – og ég man reyndar ekki dæmi þess – að nokkur skoraðist undan þeim verkefnum sem honum voru falin. Það kom oftar en ekki fyrir að stjórnin tæki ákvarðanir um viðfangsefni og oddvita þeirra án munnlegra umleitana fyrirfram. Var þá niðurstaðan tilkynnt bréflega. Tóku félagarnir hverju því sem að hendi kom með miklu jafnaðargeði og umburðarlyndi og leystu úr verkefnum sínum eins og til var ætlast. Og gekk enginn úr skaftinu. Þessi hefur verið siður lækna í áranna rás enda verkefnin mörg en verkamennirnir fáir og takmarkað fé miðað við viðleitni og umsvif.

Það er að sínu leyti ævintýri líkast.

Undanfarin misseri hafa þær raddir gerst háværari að launa beri félagsstörf fyrir lækna í ríkari mæli en nú er gert. Skemmst er að minnast umræðu sem fram fór á aðalfundi félagsins á Hólum á liðnu ári. Útgáfustjórn Læknablaðsins hafði þá haft til umfjöllunar mánuðum saman erindi frá ábyrgðarmanni og ritstjórn blaðsins um fastar greiðslur til hans fyrir ritstjórnina en vikið sér undan að taka afstöðu til þess. Það var álit mitt að um afdrifaríka tímamótaákvörðun yrði að ræða sem bryti í bága við ríkjandi hefðir í röðum lækna. Hélt ég þeirri skoðun á loft að slíka ákvörðun yrði aðalfundur Læknafélags Íslands að taka, þar sem við myndi blasa nýr fjárhagslegur veruleiki eða öllu heldur skógarferðir með fjárhag félagsins.

Eins og kunnugt er hafa engir læknar notið launa innan LÍ utan formanns nema þeir sem orðið hafa fyrir umtalsverðum búsifjum vegna starfa sinna, til dæmis að samningamálum. Eru dæmi þess teljandi á fingrum annarrar handar.

Aðalfundur 2003 gaf stjórninni fyrirmæli um að komast að niðurstöðu í máli ábyrgðarmannsins án þess að því fylgdi nokkur forsögn um hver hún skyldi vera. Þetta leiddi til tímabundinnar lausnar málsins. Sú sátt rennur með réttu skeið sitt samkvæmt orðanna hljóðan þann 2. október 2004.

Í framhaldi þessarar umræðu fól stjórn LÍ undirrituðum og framkvæmdastjóra að kanna hug annarra félaga, sem fara með umfangsmikil ábyrgðarstörf fyrir félagið, til þessa málatilbúnaðar. Bréfleg eftirgrennslan hefur borið lítinn árangur. Þó hefur einn þessara aðila tjáð sig munnlega, að honum finnist laun fyrir starf sitt óviðeigandi en „bætur“ fyrir tjón eða tillit á annatímum koma til greina. Gæti það fremur orðið til að styrkja LÍ en veikja. Það má því ljóst vera að þeir sem fara með annasömustu trúnaðarstörfin fyrir félagið eru tvístígandi þegar fjárhagsleg umbun er annars vegar eða hugsanlega í hjarta sínu andvígir því.

Stjórn LÍ barst svo á dögunum erindi þar sem óskað var eftir bótum fyrir glataða frídaga á ferðalögum erlendis í þágu LÍ. Því erindi var synjað.

Til þess að Læknafélag Íslands haldi þeirri siglingu sem á því er, og er því þá alls ekki haldið fram að allt sé yfir gagnrýni hafið á þeim bænum, þurfa sem flestir að fórna nokkru. Og hver og einn til skemmri tíma eða lengri eftir aðstæðum sínum og ánægju og óskum félaga sinna. Þar er heilbrigður metnaður sjálfsögð fylgja.

Allt hefur sinn tíma undir sólinni og svo er einnig um félagsstörf. Félagsstörf eru gefandi. Þeirra má njóta. Þau verða ekki „bætt“. Forðum var sagt að maðurinn lifði ekki af brauði einu saman. Sigurður Nordal bætti um betur og fullyrti að maðurinn lifði alls ekki af brauði, hann lifði af ævintýrunum. Starfið í víngarði lækna getur verið slíkt ævintýr.

Kvennaklíník í Kópavogi

Kvensjúkdómalæknar, glasafrjóvgun og fleiri heilbrigðisstéttir undir sama þaki

Í AUSTANVERÐUM Kópavogi er að verða til miðstöð fyrir kvensjúkdómalækna og tæknifrjóvgun, einskonar kvennaklíník með margskonar stoðþjónustu. Frá og með byrjun október starfa þar einir 10 læknar og annað eins eða meira af fólki úr öðrum heilbrigðisstéttum. Læknablaðið fór á vettvang í Bæjarlind 12, enda ekki langt að fara, og hitti að máli fjóra af þessum 10 læknum.

Starfsemin í Bæjarlindinni er þríþætt. Í fyrsta lagi eru þar átta kvensjúkdómalæknar með sameiginlegan stofurekstur undir heitinu Læknastöðin Lind. Í öðru lagi er starfsemin sem áður fór fram á tæknifrjóvgunardeild Landspítalans að flytjast þangað í fyrirtæki sem heitir ART Medica (ART er skammstöfun á enska heitinu Assisted Reproduction Technology). Í þriðja lagi hefur hópur sálfræðinga, fjölskylduráðgjafa, talmeinafræðinga, sjúkraþjálfara, nuddara, nálastungufræðinga og fleiri sett á laggirnar fyrirtæki sem nefnist Heilsubrúin.



Læknarnir í Bæjarlind 12, frá vinstri: Guðmundur Arason, Þórður Óskarsson, Hulda Hjartardóttir og Sigrún Arnardóttir.

Sameiginlegur stofurekstur

Sigrún Arnardóttir og *Hulda Hjartardóttir* tilheyra átta manna hópi kvensjúkdómalækna sem fengu þá hugmynd að sameinast um stofurekstur í stað þess að starfa hver fyrir sig.

„Við fundum þetta húsnæði sem hafði verið innréttað fyrir læknastofur og hentaði okkur vel nema hvað það var of stórt," segir Sigrún. „Þá datt okkur í hug að leita til *Þórðar Óskarssonar* og *Guðmundar Arasonar* sem voru að undirbúa stofnun einkarekinnar tæknifrjóvgunarstöðvar. Þegar þeir skoðuðu þetta þótti þeim helmingur af neðri hæð of lítið en komu þá auga á að efri hæðin stóð auð og óinnréttuð svo þeir fóru þangað inn í staðinn."

Auk þeirra Sigrúnar og Huldu eru Sigrún Hjartardóttir, Jón Ívar Einarsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Þóra Fischer, Kristín Andersen og Tanja Þorsteinsson með í hópnum. Ekkert þeirra er þó í fullu starfi á stöðinni heldur starfa þau einnig annars staðar. Flest voru þau með stofurekstur sem þau fluttu í Bæjarlindina. Auk þess eru tveir ritarar sem skipta með sér einni stöðu og næringarfræðingur í hlutastarfi.

Þær Sigrún og Hulda segja að byrjunin lofi góðu. Þau komu að sjálfsögðu flest með sína sjúklinga og starfsemin hefur spurst út svo það er yfirleitt fullbókað. Þær segja að sambýlið sé gefandi. „Við vorum þrjár með stofu vestur í bæ en sáumst aldrei af því við skiptumst á að vera á stofunni. Nú erum við fleiri og getum spjallað saman, auk þess sem það kemur vel út að geta vísað hvert á annað ef við erum fullbókuð og erindið er brýnt," segja þær.

Þær segjast stefna að því að veita ýmiss konar sérþjónustu og hafa þegar opnað unglingamóttöku á föstudögum. „Það eru ýmsar hugmyndir í gangi, svo sem sérstök móttaka fyrir konur við tíðahvörf eða konur með þvagleka, en þetta verður að þróast."

Einkarekin glasafrjóvgun

Á efri hæðinni voru iðnaðarmenn að ljúka sér af þegar blaðamaður kom í heimsókn en þar er verið að innrétta húsnæði fyrir glasafrjóvgunardeild. Þeir Þórður og Guðmundur sögðu að stofnun fyrirtækisins ætti sér alllangan aðdraganda.

„Þessi starfsemi hefur átt erfitt uppdráttar á hátæknisjúkrahúsi þar sem bráðatilfelli ganga fyrir. Raunar var ítrekað búið að hóta því að leggja þessa starfsemi niður. Þegar niðurskurðurinn hófst fyrir alvöru á Landspítala bitnaði hann á þessari starfsemi eins og öðru og leiddi meðal annars til uppsagna á rannsóknastofu deildarinnar. Glasafrjóvgun er ekki hægt að starfrækja án rannsóknastofu svo við sáum ekki aðra útleið úr þessu en að segja upp störfum á Landspítala og leita leiða til að þróa þessa starfsemi þar sem hún gæti verið í friði.

Í vor gaf heilbrigðisráðherra okkur leyfi til að stofna svona stöð utan spítalans með því skilyrði að Landspítalinn verði verkkaupi eða umsýsluaðili fyrir ráðuneytið. Landspítalinn fær ákveðna fjárhæð til að

Þröstur Haraldsson

greiða niður kostnað við aðgerðir fyrir vissa hópa eins og verið hefur og kaupir þær af okkur. Hann kemur í raun í stað Tryggingastofnunar ríkisins sem kaupandi þjónustunnar."

– Hvaða hópar eiga rétt á niðurgreiðslu?

„Þær reglur eru óbreyttar og kveða á um að barnlaus pör fá stærstan hluta kostnaðarins endurgreiddan, pör með eitt barn fá lægra hlutfall til baka en pör sem eiga fleiri en eitt barn fá ekki endurgreiðslu. Það er líka þak á fjölda aðgerða því eftir fjórðu tilraun þurfa öll pör að greiða aðgerðina sjálf að fullu. Vanaleg aðgerð kostar alls 256.000 kr. en 307.000 kr. eru greiddar fyrir glasafrjóvgun með smásjá. Við þetta bætist lyfjakostnaður sem getur verið mismikill en skiptir tugum þúsunda króna og getur jafnvel farið yfir 100.000 krónur. Ríkið tekur þátt í þeim kostnaði fyrir suma. Það geta hins vegar allir farið í glasafrjóvgunaraðgerð, svo fremi þeir uppfylli almenn skilyrði um aldur og fleira."

– Hver eru aldurstakmörk vegna glasafrjóvgunar?

„Almenna reglan er sú að parið hafi náð 25 ára aldri en að konan sé ekki eldri en 42 ára og karlinn að jafnaði ekki yfir fimmtugt. Undantekning á þessu er þó ef um er að ræða uppsetningu gjafaeggja eða fósturvísa, þá má gera aðgerðina á konu sem orðin er 45 ára gömul."

Biðlistarnir hverfa

Alls verða um 10 manns að störfum í glasafrjóvguninni, ekki þó allir í fullu starfi. Auk þeirra Guðmundar og Þórðar verður ráðinn einn læknir til viðbótar í hlutastarf og einnig hjúkrunarfræðingar, meinatæknar, líffræðingur og ritari. Þetta er svipuð áhöfn og var á Landspítala. En hvað breytist fyrir skjólstæðinga stöðvarinnar?

„Aðstaðan breytist verulega til hins betra því húsnæðið sem við höfum hér er töluvert stærra og mun hentugra en það sem við höfðum til umráða á Landspítalanum, svo ekki sé minnst á bílastæðin. Vonandi tekst okkur líka að eyða biðlistum eftir aðgerð en það er þó að nokkru leyti háð því hversu mikinn þátt ríkið tekur í kostnaði við aðgerðirnar. Það gætu því orðið biðlistar fyrir þá sem þurfa á niðurgreiðslu að halda en hinir ættu ekki að þurfa að bíða.

Við sjáum fram á að biðlistar eftir þjónustu verði ekki lengur fyrir hendi. Verði þeir til mun það stafa af takmörkunum á niðurgreiðslum hins opinbera. Biðlistarnir hafa þegar styst verulega. Fyrir nokkrum árum gerðum við á bilinu 200-250 aðgerðir á ári og þá voru biðlistarnir tvö og hálft ár að jafnaði. Við fjölguðum aðgerðum í rúmlega 300 og við það styttust biðlistarnir mjög hratt niður í eitt ár. Það má gera ráð fyrir því að þeir hverfi alveg við 330-350 aðgerðir á ári. Þessi deild hér getur hins vegar annað 600 aðgerðum á ári."

En sjá þeir Guðmundur og Þórður fram á að starfsemin muni aukast og jafnvel færast inn á ný svið þegar fram líða stundir?

„Já, nú skapast tækifæri til að taka við sjúklingum frá öðrum löndum. Við höfum verið í sambandi við kollega okkar á erlendum sjúkrahúsum og vitum að þar er áhugi á að senda hingað fólk í glasafrjóvgun. Hingað til hefur hins vegar ekki verið hægt að taka við því vegna biðlista og plássleysis. Við höfum engar áætlanir um aðrar aðgerðir en við munum að sjálfsögðu fylgjast með tækninni þótt við förum ekki út í neitt sem er siðferðilega umdeilt," segja þeir félagar.

Sjálfstæð en skyld

Fjórmenningarnir eru sammála um að þótt fyrirtækin þrjú séu sjálfstæð og óháð hvert öðru þá sé þeim styrkur að því að vita hvert af öðru. „Þetta er skyld starfsemi og skjólstæðingahópurinn er svipaður. Oft kemur fólk fyrst til kvensjúkdómalækna sem vísa þeim áfram í glasafrjóvgun. Báðir aðilar geta svo nýtt sér þjónustu sálfræðinga, næringarfræðinga og annarra sem hér starfa. Þetta gæti því orðið kvensjúkdómastöðin í borginni," segja þau. Þegar blaðamaður kveður eru þau farin að ræða sín á milli um möguleika á nánara samstarfi svo þetta lítur efnilega út. Gott ef það er ekki líka búið að stofna listagallerí á veggjum stöðvarinnar.

Þurfum að fá samanburð við það besta

Kristinn Tómasson tók þátt ásamt fleirum í að kanna heilsufar og starfsumhverfi lækna á Landspítala í fyrra og telur brýnt að þátttaka í HOUPE-rannsókninni verði góð

Eins og við greindum frá í síðasta tölublaði Læknablaðsins mega allir íslenskir læknar sem búsettir eru hér á landi og hafa gilt lækningaleyfi eiga von á að fá sent í pósti boð um þátttöku í rannsókn á heilsu og starfsumhverfi lækna. Þetta er liður í fjögurra landa rannsókn sem nefnd er HOUPE þar sem skoðaðir verða ýmsir þættir í umgjörð læknisstarfsins og áhrif þeirra á heilsufar lækna. Brýnt er að sem flestir taki þátt í rannsókninni svo hún gefi sem besta mynd af því sem ætlunin er að kanna.

Þetta er ekki í fyrsta sinn sem gerð er könnun á heilsufari og starfsumhverfi lækna þótt engin fyrri rannsókn hafi verið eins viðamikil og þessi. *Kristinn Tómasson* yfirlæknir Vinnueftirlits ríkisins gerði ásamt samstarfsfólki sínu í fyrra rannsókn á nokkrum þáttum í vinnuumhverfi lækna á Landspítala að beiðni og í samstarfi við læknaráð sjúkrahússins. Helstu niðurstöður hennar voru kynntar í skýrslu sem skilað var í nóvember í fyrra og var greint stuttlega frá þeim hér í blaðinu á sínum tíma. Skýrslan liggur einnig fyrir á heimasíðum Vinnueftirlitsins og Læknafélags Íslands og Kristinn hefur kynnt hana á fundum með læknum og yfirstjórn spítalans.

Læknablaðinu lék hins vegar forvitni á að fá túlkun Kristins á niðurstöðum rannsóknar hans og hvers vegna hann telur nauðsynlegt að láta ekki staðar numið í því að fylgjast með heilsufari og starfsumhverfi íslenskra lækna. Hvað var það sem honum þótti athyglisverðast í niðurstöðum rannsóknarinnar á Landspítala?

Væntingarnar rætast, en ...

„Það er dálítið erfitt að svara því vegna þess að það vantar allar viðmiðanir. Vissulega hafa verið gerðar viðamiklar rannsóknir á vinnuumhverfi stórra stétta áður, bankamanna, fiskvinnslufólks og fleiri stétta, en læknastéttin hefur talsverða sérstöðu, auk þess sem Landspítalinn á sér engar hliðstæður hér á landi. Þess vegna er könnunin sem nú er að hefjast mjög nauðsynleg svo hægt verði að túlka niðurstöður rannsóknarinnar frá í fyrra og draga ályktanir um gæði vinnuumhverfis á spítalanum.

Það sem mér fannst athyglisverðast og ánægjulegast við niðurstöðurnar er að þrátt fyrir talsvert umrót á sjúkrahúsinu og óánægju með yfirstjórnina meðal lækna þá er álit þeirra á samstarfsfólki sínu í öðrum stéttum heilbrigðisfólks afar mikið. Það segir manni að það séu allar forsendur fyrir því að byggja upp jákvætt starfsumhverfi þegar fram líða stundir.



Kristinn Tómasson yfirlæknir Vinnueftirlits ríkisins.

Vissulega var líka margt neikvætt í niðurstöðunum og þar fannst mér alvarlegast hversu útbreidd sú tilfinning er meðal lækna að þeir hafi lítil áhrif á ákvarðanatöku og stjórnun. Læknar bera ábyrgð á meðferð sjúklinga og þar með á stjórnun grunnstarfseminnar, en þeim finnst þeir hafa lítil áhrif á stjórnun sjúkrahússins."

– Það slær mann líka að þrátt fyrir óánægju með ýmislegt, vinnuálag, vinnutíma, stjórnun, bágar vinnuaðstæður og fleira, þá segist stærstur hluti lækna vera ánægður í starfi. Þeim finnst þeir ráða vel við starfið og þeir hafa mikinn metnað.

„Já, þetta er rétt. Þrír af hverjum fjórum segja að væntingar þeirra til starfsins hafi ræst, í það minnsta hvað varðar sjúklingavinnuna. Sá veikleiki er þó að einungis fjórðungur lækna segir það sama um rannsóknir og fræðslu. Ánægja í starfi er flókið mál og á það hefur verið bent að ánægja í starfi tengist ekki endilega góðum starfsaðstæðum. Læknar á spítalanum finna sig í starfi og finnst þeir vinna gott starf.

Það er hins vegar sláandi munur á andlegri líðan lækna eftir stöðu þeirra á spítalanum. Andleg vellíðan er betri meðal yfirlækna og stjórnenda en verri meðal aðstoðar- og deildarlækna. Þetta helst í hendur við að hjá þeim síðarnefndu er vinnuálagið mikið, vinnutíminn óreglulegur og lítið sjálfræði. Þetta er áhyggjuefni því þarna er um að ræða framtíðarvinnuafl spítalans. Víða erlendis ber töluvert á kulnun í starfi meðal lækna, jafnvel ungra lækna. Þar hefur líka komið fram að á breytingartímum verður oft mikið álag

Þröstur Haraldsson

á millistjórnendur en könnunin frá í fyrra vekur upp spurningar um hvort það sé ekki einnig raunin hér."

Aðstöðuna þarf að bæta

– Þessi könnun er gerð þegar verið er að sameina deildir og færa starfsemi til, Barnaspítalinn er ekki kominn til sögunnar og þrengslin í hámarki. Yrði myndin ekki önnur ef þú gerðir svona rannsókn núna?

„Hún yrði sennilega ekki svo frábrugðin ef hún yrði gerð núna en ég myndi hafa áhyggjur af þróuninni ef hún yrði gerð eftir 2-4 ár og ekkert hefði breyst. Þetta sameiningar- og umbreytingaskeið hefur staðið lengi og starfsemin hefur ekki náð stöðugleika. Enn skortir mikið á að starfsaðstaða sé orðin góð, það er enn verið skoða fólk á göngunum sums staðar jafnvel meir en áður og aðstaða og búnaður hefur ekki endurnýjast sem skyldi í ferlinu. Það er hlutverk lækna að setja fram kröfur um að starfsaðstæður þeirra verði bættar því að sjálfsögðu bitnar þessi aðstaða á sjúklingunum.

Þar getur rannsóknin sem nú er að hefjast komið að góðu gagni. Í henni erum við að bera okkur saman við lönd eins og Noreg og Svíþjóð þar sem ástandið er með því besta sem þekkist í heiminum og samfélagið um margt líkt okkar eigin. Þetta er sá samanburður sem við eigum að gera.

Í fyrra í skýrslu ríkisendurskoðunar var verið að bera starfsemi Landspítala saman við það sem gerist á breskum sjúkrahúsum en það er ekki endilega sá samanburður sem við viljum fá. Gæði þeirrar þjónustu eru ekki á því stigi að við myndum una því hér á landi, þó fræðimennska sé í mörgum tilfellum mikil. Í því sambandi dettur mér oft í hug að þegar hjartaskurðlækningar voru færðar inn í landið á sínum tíma var meginmarkmiðið að bæta þjónustuna. Menn voru ekki ánægðir með þá þjónustu sem sjúklingum var veitt í Bretlandi, þar á meðal vegna hárrar sýkingartíðni, og það tókst að bæta hana hér. Við verjum miklu fé til sjúkrahússrekstrar og viljum fá það besta út úr því fé.

Í því samhengi er rannsóknin sem fyrir dyrum stendur mikilvæg. Hún veitir okkur tækifæri til að rannsaka ástandið og í framhaldi af því setja fram tillögur til úrbóta."

Einangrun og vinnuálag

– Nú er ætlunin að rannsaka einnig líðan og starfsumhverfi heilsugæslulækna. Hefur það verið gert áður?

„Það var gerð könnun á vegum Félags íslenskra heimilislækna fyrir nokkrum árum en það er full þörf á að gera nýja rannsókn. Við vitum að álag á heilsugæslulækna er öðruvísi en hjá öðrum hópum lækna. Þeir eru oft einir að störfum og vantar það öfluga stuðningsnet sem sjúkrahúsið býður upp á. Spurningin er hvaða áhrif þetta hefur og þess vegna er rannsóknin spennandi fyrir lækna og áhugamenn um vinnuvernd.

Við vitum einnig að það hefur oft reynst erfitt að manna stöður í heilsugæslunni, ekki síst á landsbyggðinni. Vinnuálagið hefur verið nefnt sem hugsanleg skýring á því. Í því sambandi er vert að hafa í huga að vinnuálag þarf ekki endilega að fylgja löngum vinnutíma. Þegar menn eru öruggir í starfi og vita að þeir hafa stuðning ef eitthvað fer úrskeiðis þá geta þeir þolað meiri vinnu. Hjá þeim sem eru einir í héraði er vinnan ekki endilega of mikil dags daglega en tilhugsunin um að vera einn getur verið þrúgandi. Menn spyrja sig hvenær faraldurinn eða stórslysið verði í þeirra héraði og þessi ótti getur valdið miklu og langvarandi álagi."

– En hvers vegna þarf að rannsaka heilsu lækna, eru þeir ekki fullfærir um að sinna henni?

„Það er alþjóðlegt einkenni á læknastéttinni að henni hættir til að sinna ekki eigin heilsufari. Menn eiga erfitt með að setjast niður með kollegunum formlega á læknastofu til að ræða veikindi sín. Þess vegna mæta þeir oft veikir í vinnu, einkum þar sem þeir eru einir að störfum eða einir í viðkomandi grein. Þeir reyna að leysa málin með gangalækningum eða fletta upp í fræðibókum til að lækna sjálfa sig. Erlendis hefur verið rætt um að koma upp sérstökum móttökum fyrir heilbrigðisstarfsfólk og kannski erum við orðin nógu mörg hér á landi til þess að þörf sé á slíku."

Kristinn vildi í lokin hvetja alla lækna til að taka þátt í rannsókninni því hún væri mikilvægt tæki til að skoða hvernig staða íslenskra lækna og heilbrigðisstofnana er í samanburði við það sem best er í öðrum löndum. Hana mætti svo nota sem tæki til en knýja á um breytingar og endurbætur læknum og sjúklingum þeirra til hagsbóta.

Opið bréf til lækna um HOUPE

Kópavogi 23. september 2004

Kæru félagar.

Nú er komið að því að bjóða **öllum** læknum á Íslandi að taka þátt í rannsókn á heilsu, lífsstíl og starfsskilyrðum lækna.

Rannsóknarverkefninu er stýrt af fagfólki á sviði félagsvísinda og vinnuverndar og tekur mið af fyrri rannsóknum að höfðu samráði við hóp íslenskra lækna frá mismunandi sérgreinum og vinnustöðum. Það er hluti af erlendu samstarfsverkefni sem heitir **the HOUPE study** eða „**Health and Organisation among University Hospital Physicians in four European Countries: Sweden, Norway, Iceland and Italy.** *How do national framework, gender, hospital structure and organisational culture impact on physicians' health*?". Þar störfum við með Karólínska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi, St. Olav's sjúkrahúsinu í Þrándheimi og Azienda Ospedaliera Universita í Padova, Ítalíu. Læknafélög grannlandanna koma að verkefninu.

Læknafélag Íslands samkvæmt ákvörðun aðalfundar 2003, Landspítali og Landlæknisembættið eru aðal styrktaraðilar og ábyrgðarmenn verkefnisins og Læknafélag Reykjavíkur hefur einnig lagt til þess umtalsvert fé. Íslenski hluti þess hefur þá sérstöðu að ná til **allra lækna** en ekki einvörðungu tiltekinna sjúkrahússlækna.

Markmið íslenska verkefnisins eru:

- Að lýsa heilsu og lífsstíl íslenskra lækna í faraldsfræðilegri rannsókn.
- Að bera saman vinnutengda heilsu lækna, starfsumhverfi og stofnanamenningu eftir tegund og staðsetningu heilbrigðisstofnana hér á landi.
- Að bera saman vinnutengda heilsu lækna, starfsumhverfi og stofnanamenningu fjögurra háskólasjúkrahúsa í fjórum löndum.

Öllum læknum sem höfðu gilt lækningaleyfi á Íslandi þann 30. júní 2004 skv. skrám Landlæknisembættisins, búsettum hér á landi, verður sent boð um þátttöku og þeir beðnir að svara spurningalista rafrænt á vefsetri rannsóknarinnar *www.houpe.no* Ennfremur verður aflað gagna frá háskólasjúkrahúsunum fjórum er varða stjórnskipulag, starfsmannastefnu og veikindafjarvistir. Spurningalisti rannsóknarinnar er samsettur úr prófuðum einingum sem mæla m.a. umgjörð, stjórnun og menningu á vinnustað, að mestu sameiginlegur öllum löndunum. Okkar framlag til samstarfsins er að svara spurningum um önnur rannsóknarsvið, þ.e. starfsframa og áhrif þagnarskyldu á líðan. Sérstakur viðauki er um líkamlega heilsu og lífsstíl fyrir Ísland.

Niðurstöður verða kynntar á fundum lækna innan vinnustaða og sem hluti af masters- og doktorsverkefnum.

Ég skora á ykkur að leggja þessu lið með góðri þátttöku þegar þar að kemur.

Með félagskveðju,
Sigurbjörn Sveinsson

Skráning klínískra rannsókna

Yfirlýsing Alþjóðanefndar ritstjóra læknisfræðirita

Náungakærleikur og trúnaðartraust eru grunnforsendur rannsókna á mönnum. Náungakærleikur veldur því að fólk tekur af fúsum og frjálsum vilja þátt í rannsóknum í trausti þess að þátttakan leiði til aukins heilbrigðis annarra og einnig þess að rannsakendur setji þátttakendur í eins litla hættu og kostur er. Náungakærleikur og trúnaðartraust af þessum toga gerir klínískar rannsóknir mögulegar og leggur rannsóknarstarfseminni þær skyldur á herðar að rannsóknum sé hagað í samræmi við siðareglur og að niðurstöður séu birtar með siðlegum hætti. Það síðastnefnda felur í sér að allar fyrirliggjandi niðurstöður úr klínískum rannsóknum séu birtar, einnig þær sem eru neikvæðar fyrir framleiðsluvörur þeirra sem rannsóknirnar kosta.

Því miður á sér stað val á þeim niðurstöðum rannsókna sem birtar eru og það veldur því að þekking þeirra sem taka klínískar ákvarðanir verður brengluð. Almennt talið eru rannsakendur (og ritstjórar fræðirita) ákafir í að birta niðurstöður rannsókna sem annaðhvort leiða í ljós mikla virkni nýrrar meðferðar (jákvæðar rannsóknir) eða jafngildi tveggja meðferða (non-inferiority rannsóknir). Rannsakendur (og fræðirit) sýna hins vegar yfirleitt minni áhuga á rannsóknum sem sýna að ný meðferð er lakari en viðtekin meðferð (neikvæðar rannsóknir) og enn minni áhuga á rannsóknum sem ekki leiða til afgerandi niðurstöðu, jákvæðrar eða neikvæðrar, vegna þess að rannsókn án niðurstöðu leiðir ekki sjálfkrafa til breytinga á starfi lækna. Burtséð frá vísindalegu gildi rannsókna sem gætu stefnt fjárhagslegum hagsmunum í tvísýnu er langlíklegast að niðurstöður þeirra liggi í þagnargildi og komi aldrei fyrir almenningssjónir. Almenningur ætti hins vegar að fá vitneskju um tilvist allra rannsókna sem gerðar eru og helstu niðurstöður þeirra, burtséð frá fjárhagsmunum þeirra sem kosta þær.

Það er sérstaklega brýnt fyrir rannsóknir sem beinast að inngripum sem gætu orðið hluti af mikilvægri klínískri meðferð að barist sé gegn valkvæðri birtingu niðurstaðna. Vanalega er það samanlögð þekking úr mörgum rannsóknum sem breytir læknisfræðinni fremur en einstakar rannsóknir. Þegar kostendur rannsókna eða rannsakendur sjálfir leyna tilvist rannsókna geta þær ekki haft áhrif á hugsanahátt sjúklinga, lækna eða annarra rannsakenda né heldur breytt þankagangi þeirra sérfræðinga sem semja klínískar leiðbeiningar eða taka ákvarðanir um gildissvið tryggingа. Séu allar rannsóknir skráðar í opinbera skrá eða gagnagrunn þegar þær hefjast verður tilvist þeirra hluti af opinberri þekkingu og þá geta hinir fjölmörgu sem hagsmuna hafa að gæta af klínískum rannsóknum kynnt sér alla fyrirliggjandi þekkingu. Sem stendur vantar mikið upp á að svo sé, það er að heita má rannsakendum í sjálfsvald sett hvort rannsóknir eru skráðar, skrásetning upplýsinga og aðgengi að þeim er mismunandi og opinberar skrár innihalda einungis lítinn hluta allra rannsókna sem gerðar eru. Með birtingu þessarar greinar samtímis í öllum fræðiritunum sem aðild eiga að Alþjóðanefnd ritstjóra læknisfræðirita (International Committee of Medical Journal Editors, skammstafað ICMJE) leggur nefndin til að tekin verði upp víðtæk skráning rannsókna í því skyni að hamla gegn valkvæðri birtingu niðurstaðna. Öll ellefu tímaritin sem aðild eiga að ICMJE ætla að koma sér saman um samræmda skráningu rannsókna svo ná megi þessu markmiði.

Tímiritin sem aðild eiga að ICMJE ætla að setja það skilyrði að rannsóknir verði skráðar í opinbera rannsóknaskrá áður en þau taka afstöðu til þess hvort niðurstöður þeirra verði teknar til birtingar. Rannsóknir ber að skrá áður en eða um leið og byrjað er að skrá sjúklinga til þátttöku í tilraunum. Þessi skilyrði eiga að gilda fyrir allar rannsóknir sem hafnar verða eftir 1. júlí 2005. Tímaritin munu gera þá kröfu til rannsókna sem hefjast fyrir þann tíma að þær verði skráðar eigi síðar en 13. september 2005, að öðrum kosti verði niðurstöður þeirra ekki birtar. Við getum ekki talað fyrir aðra en okkur sjálf en við hvetjum ritstjóra annarra tímarita á sviði lífvísinda að taka upp svipaða stefnu. Í þessu skyni skilgreinir ICMJE klíníska rannsókn þannig að hugtakið taki til allra rannsóknaráætlana sem krefjast þátttöku manna í inngrips- eða samanburðarhópum í því augnamiði að rannsaka samhengi orsaka og áhrifa læknisfræðilegs inngrips á heilsu. Undanþegnar verða rannsóknir sem hafa annan tilgang, svo sem að rannsaka lyfjahvörf eða alvarlega eitrun (til dæmis lyfjarannsóknir í fasa I).

ICMJE bendir ekki á eina tiltekna rannsóknaskrá en tímaritin ætla að krefjast þess að höfundar setji rannsóknir sínar í skrá sem uppfyllir tiltekin skilyrði. Skráin verður að vera opin öllum almenningi og ókeypis. Hún verður að vera opin öllum sem vilja skrá rannsóknir sínar og lúta stjórn samtaka sem ekki eru starfrækt í atvinnuskyni. Skráin verður að vera þannig úr garði gerð að sannleiksgildi þess sem skráð er sé tryggt og að hægt sé að leita í henni að upplýsingum með rafrænum hætti. Skrá sem hlýtur viðurkenningu verður að innhalda eftirtaldar lágmarksupplýsingar: ótvíræða kennitölu, lýsingu á meðferð og við hvað

Þýðing: Þröstur Haraldsson

hún er borin saman, skýrt mótaða rannsóknartilgátu, skilgreiningu á meginmarkmiðum og öðrum markmiðum, úrvalsviðmiðum, hæfisviðmiðum, helstu dagsetningum rannsóknarinnar (hvenær skráð, áætlað og raunverulegt upphaf, áætlaða og raunverulega dagsetningu þegar eftirfylgni lýkur, áætlaða og raunverulega dagsetningu þess að upplýsingasöfnun er hætt og dagsetningu síðustu gagna), áætlaðan fjölda þátttakenda í tilraunum, fjárhagslegan stuðning og upplýsingar um stjórnanda rannsóknarinnar og hvernig hægt er að komast í samband við hann. Að því er við best vitum uppfyllir aðeins ein skrá þessar kröfur (1) en hún er fjármögnuð af Læknisfræðibókasafni Bandaríkjanna (United States National Library of Medicine). Aðrar skrár sem til eru eða verða til kunna að uppfylla öll þessi skilyrði.

Skráning rannsókna er aðeins ein leið að markmiðinu sem er fullkomið gegnsæi í rannsóknum og birtingu niðurstaðna. Kostendur rannsókna kunna að bera því við að opinber skráning klínískra rannsókna muni leiða til ónauðsynlegra tafa í stjórnsýslunni og draga úr samkeppnishæfni þar sem keppinautarnir fá óheftan aðgang að rannsóknaráætlunum þeirra. Við staðhæfum að aukin tiltrú á rannsóknarverkefnum muni bæta þeim upp þann kostnað sem kann að leiða af birtingu niðurstaðna. Sjúklingar sem taka þátt í klínískum tilraunum eiga heimtingu á að fá að vita að framlag þeirra til bættrar heilsu verði öllum ljóst þegar teknar eru ákvarðanir um heilbrigðismál. Þekkingin sem aflað hefur verið í krafti náungakærleiks þeirra á að vera öllum aðgengileg. Krafan um skráningu rannsókna færir okkur nær því markmiði.

Nefndin er skipuð eftirtöldum ritstjórum:
Catherine De Angelis, JAMA
Jeffrey M. Drazen, New England Journal of Medicine
Frank A. Frizelle, The New Zealand Medical
Charlotte Haug, Tidsskrift for Den norske legeforening
John Hoey, CMAJ
Richard Horton, The Lancet
Sheldon Kotzin, MEDLINE
Christine Laine, Annals of Internal Medicine
Ana Marusic, Croatian Medical Journal
A. John P.M. Overbeke, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Torben V. Schroeder, Ugeskrift for læger
Hal C. Sox, Annals of Internal Medicine
Martin B. van Der Weyden, The Medical Journal of Australia

Heimild

1. *www.clinictrials.gov* / júlí 2004.

Þegar þekkingin endar ofan í skúffu

– Vísindaheimurinn hefur áhyggjur af því þegar neikvæðar niðurstöður rannsókna eru ekki birtar

Yfirlýsingin sem birt er hér í opnunni á sér rætur í áhyggjum manna af því að vísindamenn birti ekki niðurstöður rannsókna sem kalla má neikvæðar. Þá er átt við að tiltekin tilraun með nýja meðferð, nýtt lyf eða annað leiði í ljós að nýja meðferðin skilar lakari árangri en sú sem almennt er notuð. Það er í sjálfu sér þekking sem getur verið mjög mikilvæg að viss aðferð dugi ekki. Þá þarf til dæmis ekki að prófa það aftur. Séu niðurstöður slíkra rannsókna ekki birtar er hætta á að menn eyði dýrmætum tíma og fjármagni í að endurtaka þær.

Þeir sem best fylgjast með í vísindaheiminum halda því fram að rannsóknum sem enda í skúffunni án birtingar niðurstaðna fari fjölgandi. Í Ugeskrift for læger, tímariti danska læknafélagsins, er nýlega vitnað í lækninn og vísindamanninn *Ásbjörn Hróbjartsson* sem starfar hjá Cochrane stofnuninni í Kaupmannahöfn sem heldur því fram að þessi vandi sé í raun mun stærri en flestir geri sér grein fyrir. Um þetta sé þó erfitt að fullyrða því enginn viti hversu miklu sé stungið undir stól og aldrei birt.

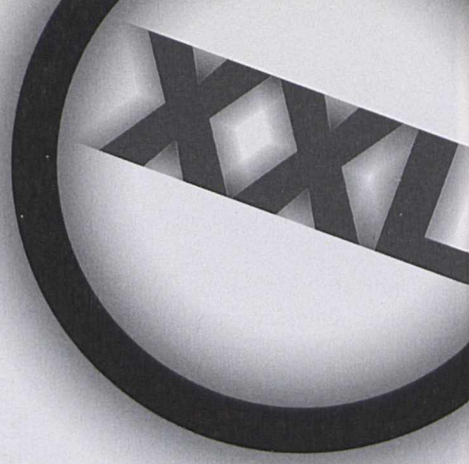
Hann segir að tvennt sé til í dæminu þegar ákveðið er að birta ekki neikvæðar rannsóknarniðurstöður. Í sumum tilvikum séu heilu rannsóknirnar blásnar af og ekkert birt þegar í ljós kemur að rannsóknartilgátan stenst ekki. Í öðrum tilvikum birti menn ekki nema hluta niðurstaðna en haldi þeim sem ekki henta leyndum.

Ásbjörn hefur ásamt fleirum birt grein í JAMA, blaði bandarísku læknasamtakanna, þar sem fram kemur að algengt sé að vísindamenn breyti stefnu rannsókna þegar í ljós koma neikvæðar niðurstöður. Greinarhöfundar skoðuðu 122 rannsóknir og komust að því að í 60% tilvika hafði verið vikið frá upphaflegri rannsóknaráætlun án þess að um það væri getið þegar niðurstöður birtust. Einnig kom í ljós að í helmingi rannsóknanna var virkni meðferðar lýst á ófullnægjandi hátt og það sama gilti um 65% aukaverkana.

„Þetta eru ákaflega óvönduð vinnubrögð sem sýna að ýmist er um að ræða meðvitaðar blekkingar eða þá að viðkomandi rannsakendur vita ekki hvað felst í því að semja rannsóknaráætlun. Svo getur verið að þeir kunni hreinlega ekki til verka í vísindastarfi. Hver sem skýringin er þá er þetta óviðunandi ástand," segir hann.

Eins og fram kemur í yfirlýsingu ICMJE (sem oft er nefnd Vancouver-hópurinn) ætla tímaritin sem fulltrúa eiga í hópnum ekki að birta niðurstöður rannsókna í framtíðinni nema þær verði skráðar í viðurkennda gagnagrunna. Í yfirlýsingunni er nefnd bandarísk rannsóknaskrá sem hópurinn kveðst treysta en auk þess nefnir Ugeskrift for læger gagnagrunn sem starfræktur er á vegum Lyfjastofnunar Evrópu og nefnist EUDRACT en þar eru allar lyfjarannsóknir í álfunni skráðar.

Það kemur einnig fram í danska læknablaðinu að vænta megi reglna frá Evrópusambandinu um að vísindamönnum sé skylt að birta allar niðurstöður rannsókna sinna. Nú gildir sú regla um þær rannsóknir sem ESB styrkir að styrknjótendur skili inn skýrslu um rannsóknirnar en þar er engin kvöð um að allar niðurstöður séu birtar. Hins vegar er það opinber stefna ESB að öll þekking sem verði til í rannsóknum skuli gerð opinber. **–ÞH**



XENICAL

XENICAL® DREGUR ÚR HÆTTU Á SYKURSÝKI AF GERÐ 2 UM 37% (2)

// Reglubundin hreyfing og þyngdartap, eru besta forvörn og meðferð við sykursýki af gerð 2.(1) **Xenical®** hjálpar sjúklingnum við að léttast, öruggt og marktækt.

ÖRYGGI

Xenical® virkar staðbundið í meltingarvegi og hefur því engar aukaverkanir frá miðtaugakerfi. (3)
Rannsóknir liggja fyrir um langtíma meðhöndlun í allt að 4 ár. (2)

ÁRANGUR

Xenical® 18.6% þyngdartap eftir 1 ár. (4)

ÁVINNINGUR

Auk þyngdartaps lækkar Xenical HbA1c, minnkar þörf fyrir sykursýkislyf, lækkar blóðþrýsting og bætir blóðfitusamsetningu hjá of þungum sjúklingum með skert sykurþol eða sykursýki af gerð 2. (2,5,6,7)

Heimildir: **1)** Madsbad S. Tidskrift for Diabetesbehandling 15. 2002. Diabetesforeningen. **2)** Torgeirsson JS. Boldrin MS, Hauptmann J, Sjöström L. Diabetes Care 2004 27(1): 155-161. **3)** SPC fyrir Xenical. **4)** Rissanen A et al. IJO 2003; 27: 103-109. **5)** Hollander P et al. Diabetes Care 1998; 21:1288-1294. **6)** Miles JM et al. Diabetes Care 2002:25 (7): 1123-1128. **7)** Kelley DE et al. Diabetes Care 2002: 25(6): 1033-1041.

Roche

Sérlyfjatexti á bls. 722

XENICAL® orlistat
Tapið þyngd. Bætið heilsu.

Dreifibréf Landlæknisembættisins Nr. 10/2004

Tilkynning frá sóttvarnalækni

Efni: Bólusetning gegn inflúensu, sbr. dreifibréf nr. 7/2004, dags. 5. apríl 2004

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin ráðleggur að inflúensubóluefni á norðurhveli fyrir tímabilið 2004-2005 innihaldi eftirtalda veirustofna (WHO Weekly Epidemiological Record 2004; 79: 85-92):

- A/Nýju Caledoniu/20/99 (H1N1) – lík veira
- A/Fujian/411/2002 (H3N2) – lík veira*
- B/Shanghai/361/2002 - lík veira**

* Veiran sem notuð er um þessar mundir til bóluefnisgerðar er A/Wyoming/3/2003. A/Kumamoto/102/2002 er einnig tiltæk sem bóluefnisveira.

** Þeir bóluefnisstofnar sem hægt er að nota til bóluefnisgerðar eru B/Shanghai/361/2002 og B/Jiin/20/2003 (sem er B/Shanghai/361/2002 – lík veira).

Hverja á að bólusetja?

- Alla eldri en 60 ára.
- Öll börn og fullorðna sem þjást af langvinnum hjarta-, lungna-, nýrna- og lifrarsjúkdómum, sykursýki, illkynja sjúkdómum og öðrum ónæmisbælandi sjúkdómum.
- Starfsfólk heilbrigðisþjónustu og aðra þá sem daglega annast fólk með aukna áhættu.

Heilsugæslustöðvarnar eru hvattar til að kalla sem fyrst inn að hausti til bólusetninga ofannefnda áhættuhópa. Hvatt er til þess að heilbrigðisstofnanir bjóði starfsfólki sínu bólusetningar.

Bólusetning gegn pneumókokkasýkingum

Sóttvarnalæknir vill einnig minna á bólusetningar gegn pneumókokkasýkingum á 10 ára fresti til handa öllum þeim sem eru eldri en 60 ára og á 5 ára fresti fyrir þá sem eru í sérstökum áhættuhópum.

Seltjarnarnesi 15. september 2004,
Sóttvarnalæknir

Ríkisstjórnin kannar nánar heilbrigðiskostnað



Ólafur Ólafsson

Höfundur er fyrrum landlæknir og formaður Félags eldri borgara í Reykjavík.

Deilur hafa risið milli undirritaðs og Hagstofu Íslands um heilbrigðiskostnað Íslendinga í samanburði við margar nágrannaþjóðir. Komið hefur fram að Hagstofan hefur á síðustu árum fellt kostnað við læknis- og hjúkrunarþjónustu öldrunarstofnana undir heilbrigðismál. Þetta stangast á við reikningshald annarra OECD-þjóða sem færa þennan kostnað undir félagsgeirann. Í júlí 2004 skipaði ríkisstjórnin nefnd aðila, meðal annars frá fjármálaráðuneyti, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, Hagstofu Íslands og landlækni, til að kanna betur heilbrigðiskostnað Íslendinga í samanburði við aðrar OECD-þjóðir. Þar af leiðandi má ætla að fyrri útreikningar Hagstofunnar hafi ekki verið traustir.



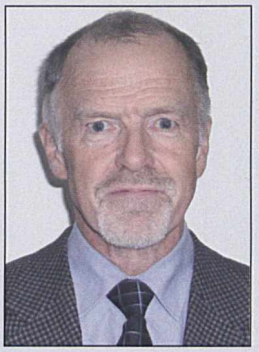
Nasonex Schering-Plough A/S, 960233 NEFÚÐI; R01 AD 09 RE **Hver úðaskammtur inniheldur:** Mometasonum INN, furoate, monohydrat, samsvarandi Mometasonum INN, furoate 50 míkróg. **Ábendingar:** Nasonex nefúði er notaður fyrir fullorðna og börn 6 ára og eldri til meðhöndlunar á árstíðabundnu eða heilsárs ofnæmisnefkvefi. Nasonex nefúði er einnig notaður með sýklalyfjum fyrir fullorðna og börn 12 ára og eldri til meðhöndlunar á bráðum einkennum skútabólgu (sinusitis). **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Skammtastærðir handa fullorðnum (þ.m.t. aldraðir) og börnum 12 ára og eldri:*** Venjulegur ráðlagður skammtur er 2 úðanir (50 míkróg/úðun) í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 200 míkróg). Þegar sjúkdómseinkennin hafa lagast má minnka skammtinn í eina úðun í hvora nös (heildarskammtur 100 míkróg). Ef einkenni lagast ekki má auka skammtinn í 4 úðanir í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 400 míkróg). Mælt er með að minnka skammta þegar einkenni lagast. Viðbótarmeðhöndlun við bráðum einkennum skútabógu (sinusitis): Ráðlagður skammtur er 2 úðanir (50 míkróg/úðun) í hvora nös tvisvar á dag (heildarskammtur 400 míkróg). Ef einkenni lagast ekki nægjanlega má auka skammtinn í 4 úðanir í hvora nös tvisvar á dag (heildarskammtur 800 míkróg). ***Börn 6-11 ára:*** Venjulegur ráðlagður skammtur er 1 úðun (50 míkróg/úðun) í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 100 míkróg/úðun). Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eftir langtímameðferð með Nasonex þarf að skoða reglubundið þá sjúklinga sem nota lyfið m.t.t. hugsanlegra breytinga í nefslímhúð. Fylgjast skal vel með börnum sem eru í langtímameðhöndlun með barkstera í nef. Forðast skal notkun lyfsins hjá sjúklingum sem hafa virka eða óvirka berklasýkingu í öndunarfærum. **Milliverkanir við lyf og annað:** Mómetasón fúróat hefur verið gefið samtímis lóratadíni án þess hafa áhrif á styrk þess eða aðalhvarfefnis þess í blóðvökva. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem fram hafa komið í klíniskum prófunum eru eftirfarandi: Höfuðverkur (8%), blóðnasir (8%), kokbólga (4%), sviði og erting í nefi (2%) og sáramyndun (1%). Bráð einkenni skútabólgu (sinusitis): Fullorðnir og börn 12 ára og eldri sem fengu mómetasón fúróat sem viðbótarmeðhöndlun við bráðum einkennum skútabólgu fengu aukaverkanir sem tengdust meðhöndluninni, og komu fyrir með sömu tíðni og með lyfleysu, höfuðverkur (2%), hálsbólga (1%), sviði og erting í nefi (1%). Blóðnasir voru yfirleitt minniháttar en komu fyrir með sömu tíðni og hjá þeim sem fengu lyfleysu (5% á móti 4%). **Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins:** Áður en fyrsti skammtur er gefinn skal hrista úðaflöskuna vel og þrýsta á dæluna 6-7 sinnum þangað til jafn úði fæst. Hafi dælan ekki verið notuð í 14 daga eða lengur skal endurtaka þetta fyrir notkun. **Hristið flöskuna vel fyrir hverja notkun. Pakkningar:** 1 úðastaukur, 18 g (140 úðaskammtar). Hámarkssmásöluverð 1. september: 2003 2.723.- kr.

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

Schering-Plough A/S

Nasonex® - mometason furoat

Eftirfylgni



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Það hefur alltaf þótt góður siður að læknar fylgi sjúklingum sínum eftir, þar til þeir hafa læknast eða niðurstaða fengist. Í mörgum tilvikum kemur frumkvæðið að slíku frá lækninum og hann skipuleggur þá samfundi læknis og sjúklings sem til þarf. Á ensku er gjarnan notuð samsetningin **to follow up**, *að fylgja eftir*. Sögnin **follow** merkir *fylgja, elta* eða *fylgjast með*. Óþarft ætti að vera að bæta þar við atviksorðinu **up**, en það merkir *upp, uppi, upp á við* eða *að fullu,* enda tilgreinir Orðabók Arnar og Örlygs það einnig sem merkingarlitla viðbót eða áhersluorð með ýmsum sögnum. Síðan hefur orðið til enska nafnorðið **follow-up**, en það er notað til að gefa til kynna þá aðgerð eða þann feril, sem þarf til að einhverju verði fylgt eftir. Á slíku vilja læknar hafa heiti. Þrátt fyrir mikla notkun í daglegu starfi á sjúkrastofnunum í hinum enskumælandi heimi, er þetta nafnorð ekki að finna í nýlegum læknisfræðiorðabókum Dorlands og Stedmans. Fjölfræðiorðabók Websters tekur hins vegar á málinu með því að tilgreina helstu merkingarnar og bendir einnig á, að oft er samsetningin notuð sem ígildi lýsingarorðs með nafnorði, til dæmis **follow-up care**.

Íðorðasafn lækna verður ekki til hjálpar við þýðinguna, en í Orðabanka Íslenskrar málstöðvar má finna **follow up** í orðasafni úr stjórnmálafræði og þá með þýðingunum *eftirfylgd, eftirfylgni, framhald*. Undirritaður leggur til að læknar noti nafnorðið **eftirfylgni** þegar við á. Ekki er þó beinlínis amast við orðinu **eftirfylgd**, nema af þeirri ástæðu einni, að það er svo erfitt í framburði. Í samsetningum má stytta og breyta til, þannig að **follow-up treatment** verður **eftirmeðferð** eða **fylgimeðferð** og **follow-up care** getur orðið **fylgi-** eða **eftirumönnun**.

„Bjúgaður“

Eiríkur Jónsson, yfirlæknir, sendi tölvupóst og bað undirritaðan vinsamlegast um að fordæma orðskrípin **bjúgaður**, sem „unglingar og upp í virðulega prófessora” eru farnir að nota þegar „einhver er með bjúg“, og **verkjaður**, „þegar einhver er með verki“. Undirritaður er Eiríki hjartanlega sammála og hefur til þess stuðning fleiri virðulegra sérfræðinga sem hafa haft samband við hann á undanförnum vikum af sömu ástæðu. Einn þeirra benti á að **lyfjaður** væri þó allra verst þessara nýju orða.

Gera verður ráð fyrir að umrædd orð ætti að flokka sem lýsingarorð mynduð af nafnorðunum, **bjúgur**, **verkur** og **lyf**. Dæmi um slíka orðmyndun er lýsingarorðið **kjarkaður** (af kjarkur). Flest orð sem enda á **-aður** eru hins vegar lýsingarháttur þátíðar af tilsvarandi sögn, svo sem **málaður** (af mála) og **ölvaður** (af ölva).

Undirritaður ráðfærði sig ítarlega við sérfræðinga Íslenskrar málstöðvar og voru þeir sammála Eiríki um að þessar orðmyndir samræmdust ekki íslensku málkerfi, án þess þó að slíkt væri hægt að styðja með beinhörðum málfræðireglum.

Spaugsamir unglingar munu að sjálfsögðu halda áfram að setja saman ný orð, gera alls kyns tilraunir með gömul orð og að prófa þanþol hins íslenska máls. Þegar slíkt er gert af þekkingu og með virðingu fyrir tungumálinu og því sem til umræðu er, getur útkoman orðið býsna skemmtileg. Undirrituðum finnst það hins vegar álíka lítilsvirðandi fyrir sjúklinginn að segja að hann sé „bjúgaður“ eða „lyfjaður“ og að tala um hann sem „gallblöðruna á stofu nítján!“ Nú þurfa yfirlæknar og ráðsettir sérfræðingar að koma í veg fyrir að orðin komi sér tryggilega fyrir í íslenskum sjúkraskrám.

Manipulation

Ekki var rými í síðasta pistli til að ljúka fyrstu umræðu um manipulation. Æskilegt væri að fá notkunardæmi úr læknisfræðilegum textum til að fást við. **Manipulation** vísar til aðgerðar eða verknaðar þar sem tiltekinn líkamshluti er hreyfður, lagaður eða færður til, annaðhvort með höndum eða á einhvern annan hátt, þannig að um beina eða óbeina **handfjötlun** getur verið að ræða. Sögnin **manipulate** vísar á sama hátt til þess að hreyfa, á eiginlegan eða óeiginlegan hátt, með höndunum. Vel þekkt er sögnin að **handstýra**. Spurningin til Jóhanns Tómassonar, læknis, og annarra, sem áhuga hafa á íslenskun þessara orða, er eftirfarandi: Í hvaða samhengi eru þau notuð núna og hvaða verknaði eiga þau að lýsa í læknisfræðilegu samhengi? Sjálfsagt er svo að halda umræðunni áfram í tengslum við áhugaverð notkunardæmi.

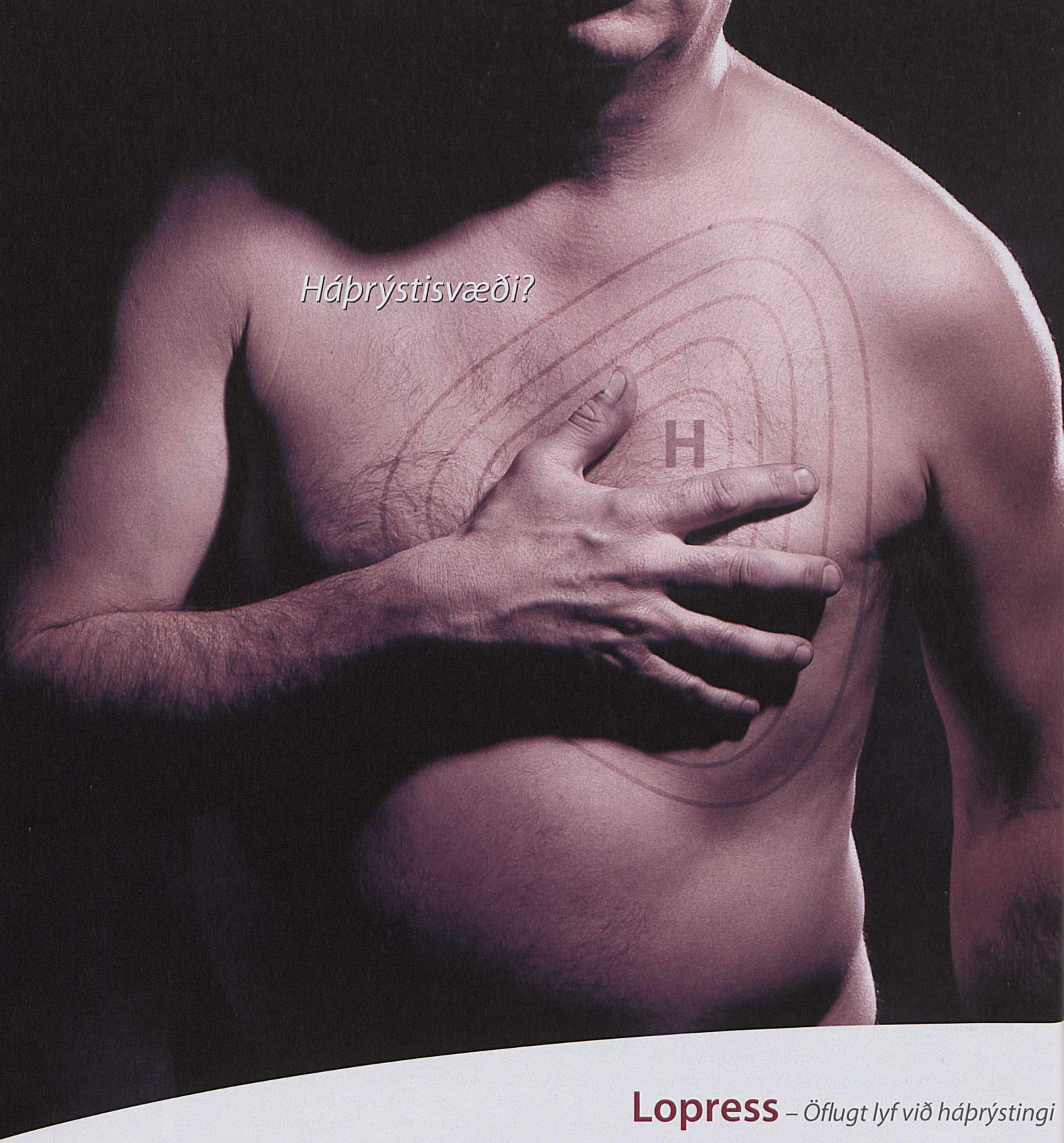
Syncope

Magnús Karl Pétursson, hjartalæknir, óskaði eftir umræðu um íslenskun á heitinu **syncope**. Tilefnið er að fram er komið í ensku fræðimáli hugtakið **near syncope**.

Íðorðasafn lækna tilgreinir **syncope** án skilgreiningar og íslensku þýðingarnar *yfirlið, ómegin, aðsvif, öngvit,* sem skilja má sem samheiti. Læknisfræðiorðabækur Dorlands og Stedmans lýsa fyrirbærinu hins vegar á þennan hátt: *tímabundið meðvitundarleysi vegna almennrar blóðþurrðar í heila* og *missir meðvitundar og stöðuspennu af völdum minnkaðs heilablóðflæðis*. Orðið **syncope** er komið úr grísku og sagt myndað úr forskeytinu **syn-**, sem merkir *með* eða *saman* og orðhlutanum **kop-,** sem mun vera dreginn af sögninni **koptein**, *skera*. Samsett orð af þessum stofnum merkti svo að *stytta, stöðva, binda endi á* eða *grípa fram í fyrir einhverjum.*

Framhald í næsta blaði.

Jóhann Heiðar er læknir á Landspítala Hringbraut.



Lopress – *Öflugt lyf við háþrýstingi*

Lopress. Hver tafla inniheldur:
Losartanum INN, kalíumsalt, 12,5 mg eða 50 mg.

Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE–hemlum er ekki lengur talin henta. Ekki er mælt með að skipta yfir í meðferð með lósartan ef hjartasjúklingar eru í jafnvægi á ACE–hemlum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar eru einstaklingsbundnir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** *Háþrýstingur:* Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Lósartan má gefa einu sinni á dag eða tvisvar á dag og heildarskammtur er á bilinu 25–100 mg á dag. Ef ekki fæst nægjanlega góð stjórnun á blóðþrýstingnum með því að gefa lósartan einu sinni á dag getur verið betra að skipta skammtinum í tvennt eða auka hann í 100 mg einu sinni á dag. Hámarksblóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins nást 3–6 vikum eftir að meðferð er hafin. Nota skal 25 mg upphafsskammt, einu sinni á dag, handa sjúklingum með minnkað blóðrúmmál, t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum og þeim sem hafa sögu um skerta lifrarstarfsemi (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Lósartan má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. *Hjartabilun:* Upphafsskammtur hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn um 12,5 mg á viku fresti (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag eða eins og sjúklingurinn þolir. Lósartan er venjulega gefið samhliða þvagræsilyfjum og dígitalis. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. Lósartan má gefa með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir lósartani eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sjá einnig kaflann um meðgöngu og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur (sjá Aukaverkanir). *Lágþrýstingur og blóðsalta/vökvaójafnvægi:* Hjá sjúklingum með vökvaskort (t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum) geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf lósartans eða nota lægri upphafsskammt af lósartani.*Skert lifrarstarfsemi:* Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi, en samkvæmt gögnum úr lyfjahvarfafræði hefur verið sýnt fram á marktækt aukna plasmaþéttni hjá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi:* Sem afleiðing af hömlun renín-angíótensín-kerfisins, hafa breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angíótensín-kerfið geta aukið þvagefni og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum. Svipuð áhrif hafa verið skráð um lósartan; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. Ekki ætti að nota kalíumuppbót eða kalíumsparandi þvagræsilyf samtímis lósartan án samráðs við lækni. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. Sambönd sem hafa verið rannsökuð eru m.a.: hýdróklórtíazíð, digoxín, warfarín, címetidín, fenemal, ketókónazól og erýthrómýcín. Rífampicín og flúkónazól hafa lækkað blóðþéttni virka umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessara milliverkana hefur ekki verið metin. Eins og við á um önnur lyf sem hamla angíótensíni II eða verkunum þess, getur samhliða notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja (t.d. spírónólaktóns, tríamterens og amílóríðs), kalíumuppbótar og salta sem innihalda kalíum, leitt til kalíumhækkunar í blóði. Eins og við á um önnur blóðþrýstingslækkandi lyf, geta blóðþrýstingslækkandi áhrif lósartans deyfst við samhliða töku bólgueyðandi lyfsins indómetasíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þrátt fyrir að engin reynsla sé af notkun lyfsins hjá þunguðum konum hafa rannsóknir á dýrum sýnt að lósartan veldur fósturskaða, fósturlátum og nýburadauða og er það talið vera vegna lyfjafræðilegra áhrifa á renín-angíótensín-kerfið. Hjá mannsfóstri hefst blóðrás um nýru sem er háð myndun renín-angíótensín-kerfisins á öðrum þriðjungi meðgöngu, og er því hættan fyrir fóstrið aukin ef lyfið er gefið á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Lyf sem hafa beina verkun á renín-angíótensín-kerfið geta valdið fósturskaða og jafnvel fósturláti, séu þau notuð á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Eigi þungun sér stað, skal stöðva lósartan-meðferð svo fljótt sem auðið er. *Brjóstagjöf:* Ekki er vitað hvort lósartan skilst út í brjóstamjólk kvenna. Á það skal þó bent að umtalsvert magn af lósartani og virku umbrotsefni þess hefur komið fram í rottumjólk. Vegna mögulegra aukaverkana á barn á brjósti, skal taka ákvörðun um hvort hætta eigi brjóstagjöfinni eða notkun lyfsins, m.t.t. mikilvægis lyfsins fyrir móðurina.

Akstur og stjórnun vinnuvéla: Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir: Algengar (>1%):** Svimi, lágþrýstingur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Stöðubundinn lágþrýstingur. **Mjög sjaldgæfar (<0,1%):** *Ofnæmi:* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur þ.á m. þroti í barkakýli og raddböndum sem lokar öndunarveginum og/eða þroti í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessara sjúklinga hafa áður fengið ofsabjúg af völdum annarra lyfja, þ.á m. ACE–hemla. Æðabólga hefur sjaldan sést, þar með talið purpuralíki sem svipar bæði til purpuralíkis Henochs og Schönleins, með kviðverkjum, maga- og garnablæðingum, liðverkjum og nýrnabólgu. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Öndunarfæri:* Hósti. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði (>5,5 mmól/l (ca. 1,5%)); væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir og gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Ofskömmtun:** Takmarkaðar upplýsingar eru til varðandi ofskömmtun í mönnum. Líklegasta merki ofskömmtunar er lágþrýstingur og hraðtaktur, hægsláttur gæti komið fyrir. Ef lágur blóðþrýstingur veldur einkennum skal hefja stuðningsmeðferð. Hvorki er hægt að fjarlægja lósartan né virka umbrotsefnið með blóðskilun. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu – 1. maí. 2004:** Töflur 12,5 mg: 28 stk. 2.350 kr.; töflur 50 mg: 28 stk. 3.632 kr.; 98 stk. 10.559 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Maí. 2004.

actavis
hagur í heilsu

Nærbuxur og blæðingar



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@hg.is

Yfirlæknirinn viðutan

Yfirlæknirinn á skurðdeildinni var kominn fast að eftirlaunaaldri og var þekktur fyrir að vera alloft annars hugar. Eftir langan dag á skurðstofunni og margar skurðaðgerðir vildi hann ræða einslega við eiginkonu eins af sjúklingunum. Svo vildi til að einmitt þennan dag var hvert einasta viðtalsherbergi og kompa á deildinni upptekin, þannig að yfirlæknirinn þurfti að fara með konuna inn á baðherbergi. Hann bað hana að setjast á eina stólinn sem var í herberginu en tyllti sér sjálfur á lokað klósettið, enda lúinn eftir daginn. Síðan útskýrði hann fyrir henni hvernig málum væri komið hjá maka hennar og svaraði svo spurningum. Að því búnu reis hann á fætur og sturtaði niður.

Öfugar nærbuxur

Heimilislæknirinn var að skoða tæplega fjögurra ára strák í ungbarnaeftirliti og tók eftir því að hann var í nærbuxunum öfugum þannig að Spiderman-myndin var framan á. „Eiga nærbuxurnar ekki að snúa hinsegin?“ spurði læknirinn. „Jú, en ég sé myndina betur þegar þær snúa svona,“ svaraði strákurinn.

Óreglulegar blæðingar

Kona um þrítugt kom á bráðamóttökuna og læknirinn þurfti m.a. að spyrja hvernig tíðablæðingum væri háttað hjá henni.

„Þær eru yfirleitt alltaf reglulegar, nema í febrúar þá stóðu þær bara í þrjá daga í staðinn fyrir þessa venjulegu fimm daga. Ég hafði nú engar áhyggjur af því úr því að febrúar er styttri en aðrir mánuðir.“

Þvaglát um nætur

Læknirinn spurði eldri herra hvort hann þyrfti að fara fram á klósett til að pissa að næturlagi. „Nei, aldrei,“ svaraði maðurinn. „Ég er með kopp undir rúminu.“

Brjóstaskoðun

Læknirinn var að útskýra fyrir tuttugu og eins árs gamalli konu hvernig hún ætti að bera sig að við að skoða brjóstin. „Best er að byrja klukkan tólf, fikra sig síðan áfram hringinn og athuga hvort þú finnir einhvern hnút í brjóstinu.“ Konan virtist ná leiðbeiningum læknisins strax en sagði síðan: „Ég vissi ekki að maður þyrfti að byrja skoðunina á ákveðnum tíma.“

Sett upp nál

Svæfingalæknirinn þurfti að setja upp nál hjá mjög hávöxnum sautján ára strák sem var mjög taugaóstyrkur enda mjög hræddur við nálar. Læknirinn reyndi að beina athygli stráksins frá því sem gera þurfti og sagði: „Þú ert nokkuð hávaxinn, spilar þú kannski körfubolta?“ Strákurinn horfði niður til læknisins sem var ekki stærsti maðurinn á spítalanum og svaraði: „Nei, en ert þú eitthvað í minigolfi?“

Ofsjónir

Læknanemi á 5. ári var að taka sjúkrasögu hjá gamalli konu sem lýsti því að hún hefði séð ofsjónir eitt kvöldið. „Hvað sástu?“ spurði læknaneminn. „Æ, ég get eiginlega ekki sagt frá því, góða mín, af því að ég var ekki með gleraugun á mér.“

Spurt um þvagleka

Fátt finnst sumum konum minna spennandi en að fara í móðurlífsskoðun. Kvensjúkdómalæknir nokkur reyndi að gera sitt til að gera kringumstæðurnar á stofunni hjá sér eins manneskjulegar og afslappandi eins og hægt var. Hann gerði sér far um að ræða ítarlega við konurnar og taldi talandann í sér hafa róandi áhrif á þær. Ef konan var í yngri kantinum spurði hann gjarnan hvort hún missti þvag við að hósta eða hnerra. Ein þeirra sem var mjög stressuð og kvíðin að sjá spurði á móti: „Ertu að segja að maður geti í raun og veru hóstað upp þvagi?“

Í líffærafræðitíma

Prófessorinn í líffærafræði var vanur að taka læknanemana upp að töflu og spyrja þá út úr. Nemendurnir voru almennt vel með á nótunum en svo komu dagar þegar engu var líkara en kunnátta þeirra væri minni en hjá manninum á götunni með fullri virðingu fyrir honum. Einn slíkan dag missti prófessorinn þolinmæðina, tók upp krukku þar sem leg var baðað í formalíni og spurði einn drenginn: „Hvaða líffæri er þetta?“

„Ég er ekki viss,“ svaraði læknaneminn og virkaði mjög taugaóstyrkur. Prófessorinn reyndi að koma nemandanum á sporið og sagði: „Hvorugur okkar er með svona í sér.“

„Nú já,“ sagði læknaneminn, „þetta er þá heili.“

Bjarni er heimilislæknir í Garðabæ.

Útgefin lækningaleyfi

Almenn lækningaleyfi

01.07.04 **Arnar Þór Rafnsson**
25.06.04 **Bjarni Þór Eyvindsson**
17.05.04 **Fjölnir Elvarsson**
21.04.04 **Jórunn Atladóttir**
13.07.04 **Konstantin Chtcherbak**
22.06.04 **Kristbjörg Sveinsdóttir**
22.03.04 **Lena Rós Ásmundsdóttir**
14.07.04 **Stefán Haraldsson**
04.03.04 **Þórný Una Ólafsdóttir**

Sérfræðileyfi

04.04.04 **Anna Kjartansdóttir**
sýklafræði
– **Arnar Þ. Guðjónsson**
háls-, nef- og eyrnalækningar
24.03.04 **Árni Hafstað**
svæfingalækningar
04.04.04 **Bryndís Sigurðardóttir**
smitsjúkdómar, lyflækningar
31.03.04 **Erla Gerður Sveinsdóttir**
heimilislækningar
04.04.04 **Erlingur Hugi Kristvinsson**
háls-, nef- og eyrnalækningar
– **Guðmundur V. Óskarsson**
æðaskurðlækningar
– **Hildur Einarsdóttir**
mynd- og geislagreining
04.04.04 **Hróbjartur Darri Karlsson**
hjartalækningar
24.05.04 **Hrólfur Brynjarsson**
barnalækningar
04.04.04 **Ingibjörg Bjarnadóttir**
barnalækningar
26.05.04 **Ingvar Þóroddsson**
endurhæfingarlækningar
04.04.04 **Karl Björnsson**
heimilislækningar
– **Kristín Sigurðardóttir**
bráðalækningar
– **Odd Petter Elvenes**
lýtalækningar
– **Pétur Vignir Reynisson**
fæðinga- og kvenlækningar
– **Sigurjón Vilbergsson**
meltingarlækningar
– **Skúli Tómas Gunnlaugsson**
hjartalækningar, lyflækningar
– **Steingerður Anna Gunnarsdóttir**
lyflækningar
– **Synnöve Fride Emblem Holte**
efnaskipta- og innkirtlalækningar, lyflækningar
– **Vigfús Sigurðsson**
húð- og kynsjúkdómalækningar
02.03.04 **Vilborg Þ. Sigurðardóttir**
lyflækningar

Starf óskast

Löggiltur læknaritari óskar eftir 100% starfi. Er með 20 ára reynslu.
Ingunn sími 699-1615, *inngunnbj@internet.is*

Endurmenntun Háskóla Íslands

Dunhaga 7, 107 Reykjavík. Sími: 525-4444 Fax: 525-4080
Tölvupóstur: endurmenntun@hi.is Veffang: www.endurmenntun.is

Geðhvarfasjúkdómar – nýjungar í forvarnarmeðferð
Rannsóknir sýna algengi, eðli og sjúkdómsferli þessara sjúkdóma. Í kjölfarið koma fram nýjungar í flokkun og meðferð. Farið er að gefa lyf sem áður hafa verið notuð gegn flogaveiki. Fræðsla og forvarnir hafa afgerandi þýðingu hvað varðar horfur og kostnað.
Kennari: Ólafur Þór Ævarsson, geðlæknir og framkvæmdastjóri Forvarna ehf.
Tími: Fim. 21. okt. kl. 18:15-21:30. **Verð:** 9.400 kr.

Geislavarnir og röntgentæki
Námskeiðið er ætlað starfsmönnum sjúkrahúsa, heilsugæslustöðva, læknastofa og annarra fyrirtækja sem hafa verið skipaðir ábyrgðarmenn vegna notkunar á röntgentækjum við sjúkdómsgreiningu. Markmiðið er að tryggja þekkingu þeirra á geislun og geislavörnum í læknisfræðilegri myndgreiningu.
Kennari: Guðlaugur Einarsson og aðrir starfsmenn Geislavarna ríkisins.
Tími: Lau. 23. okt. kl. 9:00-16:00. **Verð:** 15.800 kr.

Bráðalækningar utan sjúkrahúsa
Í samstarfi við slysa- og bráðadeild Landspítala og Fræðslustofnun lækna.
Hámarksfjöldi þátttakenda er 24.

Mánudagur 25. október
08:30-09:40 Vinnuaðstæður utan sjúkrahúsa og lyfjagjafir
10:00-11:30 Endurlífgun
12:30-16:30 Verklegar æfingar

Þriðjudagur 26. október
08:30-09:15 Bráð sjúkdómseinkenni I
09:15-10:00 Bráð sjúkdómseinkenni II
10:15-11:00 Bráð veikindi – sjúkdómstilfelli
11:00-11:45 Öndunarvegur og öndunaraðstoð
12:45-13:30 Bráðasvæfing
13:30-16:30 Verklegar æfingar

Miðvikudagur 27. október
08:30-09:15 Áverkaferli
09:15-10:00 Aðkoma að slysum
10:15-11:00 Áverkar I
11:00-11:45 Áverkar II
12:45-16:30 Verklegar æfingar

Fimmtudagur 28. október
08:30-09:15 Fæðingar- og kvensjúkdómar
09:30-10:45 Börn
10:45-11:15 Neyðarlínan
12:45-17:00 Verklegar æfingar
(Val: Verknám á neyðarbíl – 8 klst.)
Í verklegum æfingum er þátttakendum skipt í hópa og kennt á fjórum stöðvum. Fimmtudagsæfingarnar verða utandyra svo fólk þarf að klæða sig eftir veðri.

Kennt er í húsnæði LÍ, Hlíðasmára 8 í Kópavogi. Námskeiðinu lýkur með heimsókn í Neyðarlínuna í Skógarhlíð.

Umsjón: Hjalti Már Björnsson, Jón Baldursson og Kristín Sigurðardóttir læknar á slysa- og bráðadeild Landspítala. Auk þeirra kennir Viðar Magnússon læknir á sama stað.
Verð: 52.000 kr.

Orðsending til kvenna

Félag kvenna í læknastétt á Íslandi

kynnir starfsemi félagsins á komandi ári:

1. **Októberfundur**. Fyrirhugað er að halda sameiginlegan félagsfund Félags kvenna í læknastétt á Íslandi, Félags kvenna í lögmennsku og Kvennanefndar verkfræðingafélagsins fimmtudaginn 14. okt. nk. í húsnæði Logos lögmannsstofu að Efstaleiti 5 kl. 17.30.
   Verið er að leita að áhugaverðum fyrirlesara og léttar veitingar verða á eftir, svo að konur fái tækifæri til að kynnast og spjalla.
   Frekari upplýsingar um þennan fund verða sendar út á netinu frá skrifstofu læknafélaganna.

2. **Nóvemberfundur**. Aðalfundur verður haldinn miðvikudaginn 17. nóv. kl.19.00. Aðalfundarstörf, hátíðarkvöldverður og góður gestur. Nýútskrifuðum læknum er sérstaklega boðið á þennan fund.

3. **Jólafundur** verður haldinn 12. jan. 2005. Dagskrá birt síðar.

4. **Vorfundur** sem ekki hefur verðið tímasettur.

5. **N-Evrópuþing Medical Women's International Association, MWIA,** verður haldið á Íslandi dagana 28. sept.-1. okt. 2005. Félagið er að vinna að undirbúningi ráðstefnunnar og tengiráðstefna sem verða daginn fyrir og eftir. Búist er við góðri þátttöku kvenna frá N-Evrópu og fleiri löndum sem gjarnan sækja þessa ráðstefnu. Æskilegt er að fá góða þátttöku íslenskra kvenna.

Allar konur í læknastétt á Íslandi eru velkomnar á fundi okkar, ungar sem gamlar. Fundirnir gefa ágætt tækifæri til að kynnast og mynda tengslanet.

Ef þið eruð ekki félagar og viljið ganga í félagið getið þið sent gjaldkera félagsins, Önnu Geirsdóttur, heimilislækni, Heilsugæslustöðinni í Grafarvogi, félagsgjald, sem er kr. 4000, eða greitt inn á reikning okkar **nr. 137-26-3660, kt. 700300-3660.** Nafn og kennitala greiðanda þarf að koma fram á greiðsluseðli. Eldri félagar eru beðnar um að greiða árgjöld sín sem fyrst.

Konur sem eru 67 ára og eldri greiða ekki félagsgjöld.

Í von um að fá að sjá sem flestar ykkar á fundum í vetur,

Margrét Georgsdóttir
formaður

Vísindaþing Geðlæknafélags Íslands

Akureyri 25.-27. febrúar 2005

Ágrip erinda og veggspjalda skal senda til Magnúsar Haraldssonar geðlæknis á geðdeild Landspítalans *hmagnus@landspitali.is* fyrir 15. janúar 2005.

Skráning þátttöku hjá ritara þingsins Sigurlaugu J. Sigurðardóttur *lauga@landspitali.is*
Skráningargjald kr. 5000 greiðist við skráningu á reikning 0111-26-000351.

Dagskrá þingsins auglýst nánar síðar en hún mun miðast við að þátttakendum gefist ráðrúm til skíðaiðkunar.

Stjórn Geðlæknafélags Íslands

Ráðstefna í Háskóla Íslands um rannsóknir í líf- og heilbrigðisvísindum

Þetta er í tólfta sinn sem ráðstefnan er haldin, nú á vegum læknadeildar, tannlæknadeildar, lyfjafræðideildar og hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands.

Staðsetning og tími: Í Öskju 4. og 5. janúar 2005.

Þátttakendur: Kennarar og starfsmenn læknadeildar, tannlæknadeildar, lyfjafræðideildar, hjúkrunarfræðideildar og tengdra stofnana auk starfsfólks Landspítala. Allir sem vinna að rannsóknum í samvinnu við starfsfólk deildanna eru velkomnir og einnig kennarar og starfsmenn annarra deilda Háskóla Íslands.

Þátttökugjald: Almennt gjald kr. 4.000 en kr. 1500 fyrir háskólanema.
Beiðni um greiðslu fyrir þátttakendur af hálfu stofnunar, deildar eða fyrirtækis þarf að berast skriflega til framkvæmdastjóra.

Erindi og veggspjöld: Gert er ráð fyrir stuttum erindum (10 mínútur hvert erindi, skiptist þannig: sjö mínútur í kynningu og þrjár í umræðu) og spjaldakynningu (stærð spjalda 90 x 120 cm).

Höfundar taki fram hvort þeir óski eftir að halda erindi eða sýna veggspjald en Vísindanefnd áskilur sér bæði rétt til að meta hvort verkefni verði kynnt sem erindi eða veggspjald og jafnframt til að hafna efni.

Ágrip: Ágrip erinda og veggspjalda verða gefin út í Fylgiriti Læknablaðsins sem mun koma út fyrir ráðstefnuna. Ágripum verði skilað rafrænt til framkvæmdastjóra ráðstefnunnar:

- Hámarkslengd ágripa miðast við 1800 letureiningar (characters with spaces), talið án nafna höfunda og stofnana.
- Ágrip skulu vera skrifuð á íslensku.
- Eftirtalin atriði komi fram í ágripi í þessari röð: titill, nöfn höfunda, nafn flytjanda feitletrað, vinnustaðir með tilvísun til höfunda, inngangur, efniviður og aðferðir, helstu niðurstöður og ályktanir. Semja þarf sérstaklega um birtingu á töflum og myndum.
- Efnisflokkar eru allar greinar læknisfræði, tannlæknisfræði, hjúkrunarfræði, sjúkraþjálfunar, lyfjafræði og grunngreinar. Efnisflokkarnir eru miðaðir við reynslu undanfarinna ára, en möguleiki er að bæta við flokkum.

Skilafrestur fyrir ágrip erinda og veggspjalda er **22. október** 2004.

Tæknibúnaður: Notaður verður tölvuskjávarpi við flutning erinda. Fyrirkomulag á kynningu veggspjalda verður auglýst síðar.

Skráning: *www.hi.is/nam/visindanefnd*

Framkvæmdastjórn: Menningarfylgd Birnu ehf, Birna Þórðardóttir.
Sími: 862 8031 – Netfang: *birna@birna.is*

Umsjón með ráðstefnunni hefur Vísindanefnd læknadeildar, tannlæknadeildar og lyfjafræðideildar Háskóla Íslands og fulltrúi hjúkrunarfræðideildar.

Elín Soffía Ólafsdóttir
Gísli Sigurðsson
Jórunn Erla Eyfjörð
María H. Þorsteinsdóttir
Sigfús Þór Elíasson
Þór Eysteinsson
Guðrún Kristjánsdóttir

Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Hella/Hvolsvöllur

Heilsugæslulæknir

Staða heilsugæslulæknis við Heilbrigðisstofnun Suðurlands er laus til umsóknar. Um er að ræða 100% stöðu við stöðvarnar á **Hellu og Hvolsvelli**.

Æskilegt er að umsækjandi hafi viðurkenningu sem sérfræðingur í heimilislækningum. Laun eru samkvæmt úrskurði kjaranefndar.

Umsóknarfrestur er til 20. október 2004.

Við mat á umsóknum verður lagt mikið upp úr eiginleikum sem lúta að samstarfi og sveigjanleika, skipulögðum og sjálfstæðum vinnubrögðum og hæfni í samskiptum.

Nánari upplýsingar veita læknarnir Þórir B. Kolbeinsson í síma 4875123 og Guðmundur Benediktsson í síma 4878126.

Umsóknum skal skila á viðeigandi eyðublöðum sem fást á skrifstofu landlæknis til **Framkvæmdastjóra Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, v. Árveg, 800 Selfossi.**

Við heilsugæslustöðvarnar á Hellu og Hvolsvelli starfa þrír læknar og sinna ca. 3100 íbúum. Stöðvarnar eru vel búnar með góðri vinnuaðstöðu. Í sveitarfélögunum er mjög barnvænt umhverfi með einsetnum skólum og leikskólum, íþróttahús og sundlaugar. Tónlistarskóli og öflugt kórastarf. Miklir útivistar- og tómstundamöguleikar, golfvöllur, hestamennska, veiðar og fleira. Klukkustundar akstur er til Reykjavíkur.

Helse Nordmøre og Romsdal HF omfatter Molde sjukehus, Kristiansund sykehus og den øvrige spesialisthelsetjenesten i Nordmøre og Romsdal. Helseforetaket yter helsetjenester innenfor et bredt spekter. Foretaket har et samlet budsjett på 1,3 milliarder kroner og totalt vel 2.500 ansatte.

Helse Nordmøre og Romsdal HF

KIRURGISK AVDELING
Kristiansund sykehus

Overlege - spesialist i ortopedi

Nr. Id 12030 intern nr. K10

Nærmere opplysninger om stillingen ved overlege Håkan Steen, tlf. +47 71 12 00 00

Må beherske norsk/skandinavisk språk for skriftlig og muntlig kommunikasjon.

Vi kan eventuelt være behjelpelig med å skaffe bolig og barnehageplass. Innsendte papirer returneres ikke.

Søknad vedlagt bekreftede kopier av norsk autorisasjon/ spesialistkompetanse, attester samt navn på referanser sendes: Kristiansund sykehus, personalkontoret, Herman Døhlensvei 1, N-6508 Kristiansund.

Søkere bes bruke «Søknadsblankett for legestillinger». (Finnes på: www. helsenr.no eller på legeforeningen.no). Dersom søkeren mener at opplysningene på blanketten ikke i tilstrekkelig grad gir uttrykk for vedkommendes kompetanse, kan curriculum vitae med publikasjonsliste vedlegges.

Søknadsfrist: 29. oktober 2004.

Fullstendig annonse og andre ledige stillinger ved sykehuset ligger på: www.jobbnord.no

HELSE MIDT-NORGE

CICERO jn

Heilsustofnun NLFÍ

Grænumörk 10 – 810 Hveragerði

Endurhæfingarlæknir

Endurhæfingarlæknir óskast í 50% stöðu frá 1. janúar 2005. Möguleiki á 100% stöðu frá 1. júlí 2005. Umsóknarfrestur er til 15. október 2004.

Upplýsingar gefa Kristján G. Guðmundsson yfirlæknir *kristgud@hnlfi.is* eða Ólafur Sigurðsson framkvæmdastjóri *olafur@hnlfi.is* Sími 483 0300.

Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði hefur verið starfrækt frá árinu 1955. Þar starfa nú 120 manns sem hafa það að markmiði að veita dvalargestum sem besta endurhæfingu og aðhlynningu.

---

laeknabladid.is

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.lis.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is**
form@lis.is
Framkvæmdastjóri LÍ: **gunnar@lis.is**
Formaður LR: **oskare@mac.com**
Formaður FÍH: **elinborgb@simnet.is**
Formaður FUL: **thorira@hotmail.com**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Íslenska bæklunarlæknafélagið: **www.iceort.org**
Félag íslenskra landsbyggðarlækna:
www.lis.is/felog_laekna/fill.htm
Félag sérfræðinga í meltingarsjúkdómum: **www.gastro.is**
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍN: **www.vefur.is/filin • pjul@helse-bergen.no**
FÍLÍS: **www.filis.nu • thorarinn.gudnason@hjl.gu.se**
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: **www.stjr.is/htr**
Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun Íslands: **www.tr.is**
Lyfjaeftirlit ríkisins: **www.ler.is**
Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan: **www.nhv.se**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
Landspítali: **www.landspitali.is**
Barnaspítali Hringsins: **www.landspitali.is/hringur**
HNE-deildin: **www.hi.is/~hne**
Orðabanki Íslenskrar málstöðvar: **www.ismal.hi.is/ob**
Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**
Golfklúbbur lækna: **www.come.to/doctorgolf**
Medscape – vefrit um læknisfræði: **www.medscape.com**
Norsk upplýsingasíða fyrir lækna: **www.legeforeningen.no**
Ugeskrift for læger: **www.ugeskriftet.dk**
Tidskrift for Den norske lægeforening: **www.tidsskriftet.no**
tidsskriftet@legeforningen.no
Läkartidningen: **www.lakartidningen.se**
NOMESKO: **www.nom-nos.dk**
Norræna kóðunarmiðstöðin (Nordisk Center för klassifikation av sjukdomar) í Uppsala:
www.nordclass.uu.se
World Organization of Family Doctors:
www.GlobalFamilyDoctor.com

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2004**	95,48
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2003**	57
Sérfræðieining fyrir klínískar greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2004**	206

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2003	255.000
A liður 2	frá 1. janúar 2003	223.000
B liður	frá 1. janúar 2004	350.409
E liður 1-6	frá 1. janúar 2004	264
E liður 7	frá 1. janúar 2004	527

Skólaskoðun í framhaldsskólum

Miðað við fyrri forsendur	222

Kílómetragjald frá 1. júní 2004

Almennt gjald	60,50
Sérstakt gjald (utan malbiks + 15%)	69,50

Dagpeningar frá 1. júní 2004
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	15.700
Gisting í eina nótt	10.200
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	5.500
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.750

Dagpeningar frá 1. janúar 2004
Erlendis

	Gisting	Annað	SDR Alls
Almennir dagpeningar:			
London, New York, Washington DC og Tókíó	145	110	255
Annars staðar	110	100	210
Dagpeningar vegna þjálfunar, náms eða eftirlitsstarfa:			
London, New York, Washington DC og Tókíó	93	70	163
Annars staðar	70	64	134

Læknadagar 2005

Hótel Nordica
17.-21. janúar

CRESTOR AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

AstraZeneca

Crestor 10 mg, 20 mg og 40 mg, filmuhúðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleiki:** Hver tafla inniheldur 10 mg, 20 mg eða 40 mg rósúvastatín (sem rósúvastatín kalsíum). **Ábendingar:** Eðlislæg kólesterólhækkun í blóði (tegund IIa, þar með talin arfblendin ættgeng kólesterólhækkun í blóði) eða blönduð blóðfitutruflun (*mixed dyslipidaemia*) (tegund IIb), sem viðbót við mataræði þegar sérstakt mataræði og önnur meðferð án lyfja (t.d. líkamsþjálfun og megrun) hefur ekki borið viðunandi árangur. Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun í blóði sem viðbót við sérstakt mataræði og aðra blóðfitulækkandi meðferð (t.d. LDL síun (LDL *apheresis*)) eða ef slík meðferð á ekki við. **Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en meðferð er hafin ætti sjúklingurinn að vera á stöðluðu kólesteróllækkandi fæði, sem skal haldið áfram meðan á meðferð stendur. Skammtur á að vera einstaklingsbundinn og í samræmi við meðferðarmarkmið og svar sjúklings við meðferðinni. Fylgja skal gildandi viðmiðunarreglum. Ráðlagður upphafsskammtur er 10 mg til inntöku einu sinni á dag og með þessum skammti næst viðunandi árangur hjá meirihluta sjúklinga. Sjúklingum sem eru að skipta úr öðrum HMG-CoA redúktasa hemli skal einnig gefa 10 mg í upphafi. Ef nauðsyn krefur má breyta skammti í 20 mg að 4 vikum liðnum (sjá kaflann Lyfhrif). Í ljósi fjölgunar tilkynninga um aukaverkanir af 40 mg skammti umfram lægri skammta (sjá kaflann Aukaverkanir) ætti eingöngu að íhuga tvöföldun skammts í 40 mg eftir 4 vikur til viðbótar hjá sjúklingum með kólesterólhækkun í blóði á háu stigi og sem eiga mikla hættu á hjarta- og æðasjúkdómum (sérstaklega þeir sem eru með ættgenga kólesterólhækkun í blóði), sem ekki ná meðferðarmarkmiðum með 20 mg og hjá þeim sem verða í reglulegu eftirliti (sjá kaflann Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Mælt er með að sérfræðingur hafi yfirumsjón þegar byrjað er að gefa 40 mg skammt. Crestor má taka á hvaða tíma dags sem er, með eða án matar. ***Börn:*** Öryggi og verkun hefur ekki verið staðfest hjá börnum. Reynsla af notkun hjá börnum er takmörkuð og bundin við lítinn hóp sjúklinga (8 ára og eldri) með arfhreina ættgenga kólesterólhækkun í blóði. Þess vegna er Crestor ekki ráðlagt börnum að svo stöddu. ***Aldraðir:*** Ekki er þörf á að breyta skömmtum. ***Skammtar hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi:*** Ekki er þörf á að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt- til meðalskerta nýrnastarfsemi. Crestor má ekki gefa sjúklingum með mjög skerta nýrnastarfsemi og á það við um alla skammta. 40 mg skammt má ekki gefa sjúklingum með meðalskerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 60 ml/mín., sjá kaflann Frábendingar og kaflann Lyfjahvörf). ***Skammtar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi:*** Engar breytingar urðu á almennri útsetningu (*systemic exposure*) fyrir rósúvastatíni hjá einstaklingum með Child-Pugh stig 7 eða færri. Samt sem áður hefur aukin almenn útsetning komið fram hjá einstaklingum með Child-Pugh stig 8 og 9 (sjá kaflann Lyfjahvörf). Hjá þessum sjúklingum ætti að hafa í huga að meta nýrnastarfsemi (sjá kaflann Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Engin reynsla er af notkun hjá einstaklingum með fleiri en 9 Child-Pugh stig. Crestor er ekki ætlað sjúklingum með virkan lifrarsjúkdóm (sjá kaflann Frábendingar). **Frábendingar:** Crestor má ekki gefa; sjúklingum sem hafa ofnæmi fyrir rósúvastatíni eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins; sjúklingum með virkan lifrarsjúkdóm, þar með talið óútskýrða viðvarandi hækkun á transamínósum í sermi eða hækkun á transamínósum í sermi upp fyrir þreföld eðlileg efri mörk (*ULN; upper limit of normal*); sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun <30 ml/mín.); sjúklingum með vöðvakvilla (*myopathy*); sjúklingum sem fá ciklósporín samtímis; á meðgöngutíma og við brjóstagjöf og konum á barneignaraldri sem ekki nota viðeigandi getnaðarvörn. 40 mg skammt má ekki gefa sjúklingum sem af einhverjum ástæðum er hættara við vöðvakvilla/rákvöðvalýsu. Þar með talið; meðalskert nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun < 60 ml/mín), vanstarfsemi skjaldkirtils; saga eða fjölskyldusaga um arfgenga vöðvasjúkdóma; saga um eituráhrif á vöðva við meðferð með öðrum HMG-CoA redúktasta hemli eða fíbrati; misnotkun áfengis; ástand þar sem plasmagildi geta hækkað; Japanskir og kínverskir sjúklingar; samtímis notkun á fíbrötum.(sjá kaflana Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun, Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir Lyfjahvörf). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** ***Áhrif á nýru:*** Próteinmiga greind með strimilprófi og aðallega upprunnin í píplum, hefur komið fram hjá sjúklingum sem höfðu fengið stóra skammta af Crestor, sérstaklega 40 mg en það var í flestum tilvikum tímabundið eða ósamfellt. Ekki hefur verið sýnt fram á að prótein í þvagi sé fyrirboði um bráðan eða versnandi nýrnasjúkdóm (sjá kaflann Aukaverkanir). Íhuga á að meta nýrnastarfsemi við reglubundið eftirlit hjá sjúklingum sem fá 40 mg skammt. ***Áhrif á beinagrindarvöðva:*** Greint hefur verið frá áhrifum á beinagrindarvöðva hjá sjúklingum á meðferð með Crestor, t.d. vöðvaþrautum (*myalgia*), vöðvakvilla (*myopathy*) og í mjög sjaldgæfum tilvikum rákvöðvalýsu (*rhabdomyolysis*) og á það við um allar skammtastærðir, þó sérstaklega skammta stærri en 20 mg. ***Mæling kreatínkínasa:*** Kreatínkínasa (CK) ætti ekki að mæla eftir erfiðar æfingar eða þegar önnur líkleg ástæða fyrir CK hækkun er fyrir hendi sem getur ruglað mat á niðurstöðum. Ef grunnlína CK gildis er umtalsvert hækkuð (>5xULN) ætti að gera mælingu því til staðfestingar innan 5-7 daga. Ef endurtekin mæling staðfestir grunnlínu CK>5xULN, ætti ekki að hefja meðferð. ***Áður en meðferð er hafin:*** Eins og gildir um aðra HMG-CoA reduktasa hemla, á að ávísa Crestor með varúð til sjúklinga með þekkta áhættuþætti vöðvakvilla/rákvöðvalýsu. Slíkir þættir geta verið: Skert nýrnastarfsemi, vanstarfsemi skjaldkirtils, eigin saga eða fjölskyldusaga um arfgenga vöðvasjúkdóma, saga um eituráhrif á vöðva við meðferð með öðrum HMG-CoA redúktasta hemli eða fíbrati, misnotkun áfengis, aldur >70 ár, ástand þar sem plasmagildi geta hækkað (sjá kaflann Lyfjahvörf), samtímis notkun á fíbrötum. Hjá þessum sjúklingum ætti að meta áhættu af meðferð á móti hugsanlegum ávinningi hennar og er klínískt eftirlit ráðlagt. Ef grunnlína CK gildis er umtalsvert hækkuð (>5xULN) ætti ekki að hefja meðferð. ***Meðan á meðferð stendur:*** Biðja ætti sjúklinga um að tilkynna þegar í stað óútskýrða vöðaverki, þróttleysi eða krampa, sérstaklega ef einnig verður vart lasleika eða hita. Hjá þessum sjúklingum ætti að mæla CK-gildi. Hætta á meðferð ef CK-gildi eru greinilega hækkuð (>5xULN) eða ef vöðvaeinkenni eru alvarleg og valda daglegum óþægindum (jafnvel þó CK gildi séu < eða jafnt og 5xULN). Ef einkenni lagast og CK gildi verður aftur eðlilegt, má íhuga að hefja á ný meðferð með Crestor eða öðrum HMG-CoA redúktasta hemli og gefa minnsta skammt undir nánu eftirliti. Reglulegt eftirlit með CK gildum hjá sjúklingum án einkenna er ekki tilskipað. Í klínískum rannsóknum komu engar vísbendingar fram um aukin áhrif á beinagrindarvöðva hjá litlum hópi sjúklinga sem fékk Crestor og aðra meðferð samtímis. Aukin tíðni vöðvaþrota (*myositis*) og vöðvakvilla hefur hins vegar komið fram hjá sjúklingum sem fengu aðra HMG-CoA redúktasa hemla ásamt fíbrínsýrualfleiðum þ.m.t. gemfíbrózíli, ciklósporíni, níkótínsýru, azól sveppalyfjum, próteasahemlum og makrólíð sýklalyfjum. Gemfíbrózíl eykur hættu á vöðvakvilla þegar það er gefið samtímis sumum HMG-CoA redúktasa hemlum. Þess vegna er ekki ráðlagt að gefa Crestor og gemfíbrózíl á sama tíma. Ávinningur af frekari breytingum á lípíðgildum með samtímis notkun Crestor og fíbrata eða níasíns skal vandlega meta á móti hugsanlegri áhættu af slíkum samsetningum. 40 mg skammtinn má ekki nota samtímis fíbrötum. (sjá kaflann Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir og kaflann Aukaverkanir). Crestor ætti ekki að gefa sjúklingum með bráðan, alvarlegan sjúkdóm sem bendir til vöðvakvilla eða gæti leitt til nýrnabilunar af völdum rákvöðvalýsu (t.d. blóðsýking, lágþrýstingur, meiriháttar skurðaðgerðir, áverki, alvarleg efnaskiptaröskun, innkirtlaröskun og truflun á saltajafnvægi eða krampa sem ekki er stjórn á). ***Áhrif á lifur:*** Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, ætti að nota Crestor með varúð hjá sjúklingum sem neyta áfengis í miklum mæli og/eða hafa sögu um lifrarsjúkdóm. Ráðlagt er að mæla lifrarstarfsemi áður en og þremur mánuðum eftir að meðferð er hafin. Stöðva ætti meðferð með Crestor eða minnka skammta þess ef gildi transamínasa í sermi eru meira en þreföld eðlileg efri mörk. Hjá sjúklingum með síðkomna kólesterólhækkun (*secondary hypercholesterolaemia*) í blóði af völdum skertrar starfsemi skjaldkirtils eða nýrungaheilkennis (*nephrotic syndrome*), ætti að meðhöndla undirliggjandi sjúkdóm áður en meðferð með Crestor er hafin. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Ciklósporín:* Við samtímis meðferð með Crestor og ciklósporíni var AUC gildi rósúvastatíns að meðaltali 7 sinnum hærra en hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum (sjá kaflann Frábendingar). Samtímis meðferð hafði ekki áhrif á plasmaþéttni ciklósporíns. K-vítamín hemlar: Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla getur orðið hækkun á INR (*International Normalised Ratio*) við upphaf meðferðar með Crestor eða þegar skammtur er aukinn hjá sjúklingum sem samtímis fá meðferð með K-vítamín hemli (t.d. warfaríni). INR getur lækkað þegar meðferð með Crestor er hætt eða skammtur er minnkaður. Í slíkum tilvikum er viðeigandi eftirlit með INR æskilegt. ***Gemfíbrózíl og önnur fitulækkandi lyf:*** Tvöföldun varð á C_{max} og AUC rósúvastatíni við samtímis notkun á Crestor og gemfíbrózíli (sjá kaflann Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Samkvæmt upplýsingum úr sértækum rannsóknum á milliverkunum er engra lyfjahvarfa milliverkunar sem skiptir máli að vænta við meðferð með fenófíbrati, en samt sem áður getur orðið lyfhrifa milliverkun. Gemfíbrózíl, fenófíbrat, önnur fíbrót og fitulækkandi skammtar (> eða jafnt og 1 g/dag) af níacíni (nikótínsýru) auka hættu á vöðvakvilla þegar þau eru gefin samtímis HGM-CoA redúktasa hemlum, sennilega vegna þess að þeir geta valdið vöðvakvilla þegar þeir eru gefnir einir sér (sjá kaflana Frábendingar og Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). ***Sýrubindandi lyf:*** Við samtímis gjöf Crestor og sýrubindandi mixtúru, dreifu sem innihélt ál- og magnesíumhýdroxíð, lækkaði plasmaþéttni rósúvastatíns um u.þ.b. 50%. Áhrifin voru minni þegar sýrubindandi lyfið var tekið 2 klst. á eftir Crestor. Klínísk þýðing þessarar milliverkunar hefur ekki verið rannsökuð. ***Erýtrómýsín:*** Samtímis gjöf Crestor og erýtrómýsíns leiddi til 20% minnkunar á AUC (0-t) og 30% lækkunar á Cmax rósúvastatíni. Þessi milliverkun gæti stafað af auknum þarmahreyfingum af völdum erýtrómýsíns. ***Getnaðarvarnalyf til inntöku/hormóna uppbótarmeðferð (HRT; hormone replacement therapy):*** Samtímis gjöf Crestor og getnaðarvarnalyfja til inntöku leiddi til 26% stækkunar á AUC etinýlestradíóls og 34% stækkunar á AUC norgestrels. Þessa auknu plasmaþéttni ætti að hafa í huga þegar skammtur getnaðarvarnalyfs til inntöku er ákveðinn. Engar upplýsingar um lyfjahvörf eru fyrirliggjandi hjá einstaklingum sem fá Crestor og HRT samtímis og þess vegna er ekki hægt að útiloka svipuð áhrif. Konur í klínískum rannsóknum hafa samt sem áður oft tekið þessi lyf samtímis og þoldist það vel. ***Önnur lyf:*** Samkvæmt upplýsingum úr sértækum rannsóknum á milliverkunum er ekki búist við neinum milliverkunum við dígoxín sem hafa klínískna þýðingu. ***Cýtókróm P450 ensím:*** Niðurstöður *in vitro og in vivo* rannsókna sýna að rósúvastatín hvorki hemur né hvetur cýtókróm P450 ísóensím. Að auki er rósúvastatín lélegt hvarfefni fyrir þessi ísóensím. Milliverkanir við rósúvastatín hafa hvorki komið fram við samtímis notkun flúkónazóls (CYP2C9 og CYP3A4 hemill) né ketókónazóls (CYP2A6 og CYP3A4 hemill). Samtímis gjöf á ítrakónazóli (CYP3A4 hemill) og rósúvastatíni olli 28% stækkun á AUC rósúvastatíni. Þessi lítla auknin er ekki talin hafa klínískna þýðingu. Þess vegna er ekki að vænta milliverkana vegna umbrota fyrir tilstilli cýtókróm P450. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir sem hafa komið fram við meðferð með Crestor eru venjulega vægar og tímabundnar. Innan við 4% þeirra sjúklinga sem fengu Crestor í klínískum samanburðarrannsóknum þurftu að hætta í rannsókn vegna aukaverkana. ***Tíðni aukaverkana er flokkuð samkvæmt eftirfarandi:*** Algengar (>1/100, <1/10); Sjaldgæfar (>1/1.000, <1/100); Mjög sjaldgæfar (>1/10.000, <1/1.000). *Ónæmiskerfi: Mjög sjaldgæfar:* Ofnæmi þar með talinn ofsabjúgur. *Taugakerfi: Algengar:* Höfuðverkur, sundl. *Meltingarfæri: Algengar:* Hægðatregða, ógleði, kviðverkir. *Húð og undirhúð: Sjaldgæfar:* Kláði, útbrot og ofsakláði. *Stoðkerfi, stoðvefur og bein: Algengar:* Vöðvaþrautir. *Mjög sjaldgæfar:* Vöðvakvilli og rákvöðvalýsa. *Almennar aukaverkanir: Algengar:* Þróttleysi Eins og á við um aðra HMG-CoA redúktasa hemla hefur tíðni aukaverkana tilhneigingu til að vera skammtaháð. ***Áhrif á nýru:*** Próteinmiga, greind með strimilprófi og aðallega upprunnin í píplum, hefur komið fram hjá sjúklingum á meðferð með Crestor. Breytingar á próteinmagni í þvagi úr engu eða snefilmagni í ++ eða meira á einhverjum tíma meðan á meðferð með 10 og 20 mg stöð komu fram hjá <1% sjúklinga og hjá um 3% sjúklinga sem fengu 40 mg. Breyting úr engu eða snefilmagni í + jókst minniháttar við 20 mg skammtinn. Í flestum tilvikum dró úr próteinmigu eða hún gekk sjálfkrafa til baka þegar meðferð var haldið áfram og ekki hefur verið sýnt fram á að hún sé fyrirboði um bráðan eða versnandi nýrnasjúkdóm. ***Áhrif á beinagrindarvöðva:*** Greint hefur verið frá áhrifum á beinagrindarvöðva hjá sjúklingum á meðferð með Crestor, t.d. vöðvaverkjum (*myalgia*), vöðvakvilla (*myopathy*) og í mjög sjaldgæfum tilvikum rákvöðvalýsu (*rhabdomyolysis*) Þetta við um alla skammta, þó sérstaklega skammta stærri en 20 mg. Skammtaháð aukning á CK gildum hefur komið fram hjá sjúklingum sem fengu rósúvastatín og voru flest tilvikanna væg, tímabundin og án einkenna. Ef CK gildi eru hækkuð (>5xULN), ætti að stöðva meðferð (sjá kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). ***Áhrif á lifur:*** Eins og við á um aðra HMG-CoA redúktasa hemla, hefur komið fram skammtaháð hækkun á transamínósum hjá fámennum hópi sjúklinga sem fengu rósúvastatín; flest tilvikanna voru væg, tímabundin og án einkenna.

Heimildaskrá ***1.*** Olsson AG, McTaggart F and Raza A. Rosuvastatin: a highly effective new HMG-CoA reductase inhibitor, *Cardiovascular Drug Reviews* 2002; **20**(4): 303-328. ***2.*** Jones PH, Davidson MH, Stein EA et al. Comparison of the Efficacy and Safety of Rosuvastatin Versus Atorvastatin, Simvastatin and Pravastatin Across Doses (STELLAR Trial), *Am J Cardiol* 2003; **92**:152-160. ***3.*** Schuster H on behalf of the MERCURY I Study Group. Effects of switching to rosuvastatin from atorvastatin or other statins on achievement of international low-density lipoprotein cholesterol goals: MERCURY I Trial. *J Am Coll Cardiol* 2003 (Suppl): 227A-228A, Abs 1010-149. ***4.*** Blasetto JW, Stein EA, Brown WV et al. Efficacy of rosuvastatin compared with other statins at selected starting doses in hypercholesterolemic patients and in special population groups. *Am J Cardiol* 2003; **91** (Suppl): 3C-10C. ***5.*** Jones PH for the STELLAR Study Group. Statin therapies for elevated lipid levels compared across dose ranges to rosuvastatin: low-density lipoprotein cholesterol and high-density lipoprotein cholesterol results. *J Am Coll Cardiol* 2003 (Suppl): 315A-316A, Abs 876-2.

Handhafi markaðsleyfis: AstraZenecaA/S, Roskildevej 22, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Pakkningastærðir og verð:** Filmuhúðaðar töflur 10 mg: 28. stk. (þynnupakkað), kr. 4.233; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 12.739; 100 stk., kr. 12.739. Filmuhúðaðar töflur 20 mg: 28. stk. (þynnupakkað), kr. 6.237; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 18.551; 100 stk., kr. 18.551. Filmuhúðaðar töflur 40 mg: 28 stk. (þynnupakkað), kr. 9.196; 98 stk. (þynnupakkað), kr. 28.168. **ATC-flokkun: C 10 A A 07. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá.**
AstraZeneca, júní 2004.

CRESTOR rósúvastatín

Viagra, Pfizer TÖFLUR; G 04 B E 03, R 0
Hver tafla inniheldur Sildenafilum INN, citrat, samsvarandi Sildenafilum INN 25 mg, 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Til meðferðar við ristruflunum (erectile dysfunction), en það er þegar stinning getnaðarlims næst ekki eða helst ekki nægilega lengi til að viðkomandi geti haft samfarir á viðunandi hátt. Til þess að lyfið verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku. ***Fullorðnir:*** Ráðlagður skammtur er 50 mg sem tekinn er eftir þörfum um það bil 1 klst. fyrir samfarir. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammtinn í 100 mg eða minnka hann í 25 mg. Hámarksskammtur sem mælt er með er 100 mg. Hámarksskammtatíðni sem mælt er með er einu sinni á sólarhring. Sé lyfið tekið inn með mat getur það seinkað verkun lyfsins miðað við töku þess á fastandi maga. ***Sjúklingar með vægt skerta nýrnastarfsemi:*** Leiðbeiningar um skammta undir yfirskriftinni "***Fullorðnir***" eiga einnig við sjúklinga með væga til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun = 30-80 ml/mín.). ***Aldraðir, sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi eða skerta lifrarstarfsemi:*** Þar sem úthreinsun sildenafils er hægari hjá framangreindum sjúklingahópum, skal gefa öldruðum 25 mg byrjunarskammt og mælt er með sama skammti fyrir sjúklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammt í 50 mg eða 100 mg. ***Notkun handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað einstaklingum yngri en 18 ára. ***Sjúklingar, sem nota önnur lyf:*** Mælt er með að gefa sjúklingum, sem eru samtímis meðhöndlaðir með CYP3A4 hemlum öðrum en rítónavíri, 25 mg upphafsskammt. Sjá einnig kaflana „Varnaðarorð og varúðarreglur" og „Milliverkanir". **Frábendingar:** Í samræmi við þekkt áhrif sildenafils á köfnunarefnisoxíð/hringlaga gvanósíneinfosfat (cGMP))-efnaferilinn hefur verið sýnt fram á að það eykur lágþrýstingsvaldandi áhrif nítrata og má því ekki nota það samtímis efnum sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (svo sem amýlnítríti) og hvers konar nítrötum. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið sildenafil, á ekki að gefa körlum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf (t.d. sjúklingar með alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma eins og hvikula hjartaöng eða alvarlega hjartabilun). Ofnæmi fyrir hinu virka innihaldsefni lyfsins eða einhverju hjálparefnanna. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Sildenafil hefur æðaútvíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings (sjá „Lyfhrif"). Læknirinn skal íhuga vandlega áður en sildenafili er ávísað, hvort sjúklingur með ákveðna undirliggjandi sjúkdóma gæti fengið aukaverkanir vegna slíkra æðaútvíkkandi áhrifa, einkum í tengslum við samfarir. Sjúklingar, sem eru í aukinni hættu vegna æðaútvíkkandi áhrifa eru m.a. þeir sem eru með útflæðisteppu í vinstra slegli (t.d. ósæðarþrengsli, hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun) eða þeir sem eru með mjög sjaldgæf heilkenni fjölþættra visnunar æðakerfis sem einkennist af alvarlega skertri sjálfstjórn á blóðþrýstingi. Viagra eykur blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata (sjá „Frábendingar"). Eftir markaðssetningu hefur, í tengslum við notkun lyfsins, verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi og lágþrýstingi. Flestir þessara sjúklinga, en þó ekki allir, voru fyrir í hættu með að fá hjarta- eða æðaáfall. Mörg þeirra tilvika sem greint var frá áttu sér stað meðan á samförum stóð eða fljótlega að þeim loknum og nokkur tilvikanna áttu sér stað skömmu eftir inntöku lyfsins án þess að samfarir ættu sér stað. Ekki er unnt að kveða upp úr með það hvort þessi atvik tengjast þessum þáttum beint, eða öðrum þáttum. Gæta skal varúðar við notkun lyfja við ristruflunum, þar með talið sildenafil, hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (t.d. vinkilbeygðan lim, bandvefshersli í getnaðarlim (cavernous fibrosis) eða Peyronies-sjúkdóm) eða hjá sjúklingum sem haldnir eru sjúkdómum sem geta valdið standpínu (t.d. sigðfrumublóðleysi, mergæxli (multiple myeloma) eða hvítblæði). Öryggi og verkun af notkun sildenafils samtímis meðhöndlun með öðrum lyfjum við ristruflunum hefur ekki verið rannsökuð. Samtímis meðferð er því ekki ráðlögð. Ekki er mælt með samtímis notkun sildenafils og rítónavírs (sjá „Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir"). Rannsóknir *in vitro* benda til þess, að sildenafil auki verkun nítróprússíðs gegn samloðun blóðflagna í mönnum. Engar upplýsingar liggja fyrir um öryggi við notkun sildenafils hjá sjúklingum með blæðingasjúkdóma eða virkt ætissár. Sildenafil skal því aðeins gefið þessum sjúklingum eftir ítarlegt mat á kostum þess gegn áhættu. **Milliverkanir við lyf eða annað:** ***In vitro rannsóknir***: Umbrot sildenafils verða fyrst og fremst fyrir áhrif cýtókróm P450 (CYP) ísóenzýma 3A4 (að mestu leyti) og 2C9 (í minna mæli). Því geta hemlar þessara ísóenzýma dregið úr úthreinsun sildenafils. ***In vivo*** **rannsóknir:** Mat á lyfjahvörfum hjá mönnum, sem byggt er á gögnum úr klínískum rannsóknum, bendir til þess að úthreinsun sildenafils minnki séu CYP3A4 hemlar gefnir samtímis (eins og t.d. ketókónazól, erýtrómýsín og címetidín). Enda þótt tíðni aukaverkana hjá þessum sjúklingum hafi ekki aukist þegar sildenafil var gefið samtímis er ráðlegt að nota 25 mg skammt í upphafi. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins rítónavírs, sem er mjög öflugur P450 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 300% (ferföld) hækkun á C_{max} sildenafils og 1000% (ellefuföld) hækkun á AUC sildenafils í blóði. Eftir 24 klst. voru blóðgildi sildenafils enn u.þ.b. 200 ng/ml, en þegar sildenafil var gefið eitt sér voru blóðgildi þess u.þ.b. 5 ng/ml. Þetta er í samræmi við þá umtalsverðu verkun, sem rítónavír hefur á fjöldann allan af P450 ensímhvarfefnum (substrates). Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf rítónavírs. Með hliðsjón af niðurstöðum úr þessum lyfjahvarfarannsóknum á heildarskammtur sildenafils ekki að fara yfir 25 mg á 48 klst. tímabili. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins sakvínavírs, sem er CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (1200 mg þrisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 140% hækkun á C_{max} sildenafils og 210% hækkun á AUC sildenafils í blóði. Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf sakvínavírs . Öflugri CYP3A4 hemlar eins og ketókónazól og ítrakónazól eru taldir hafa meiri áhrif. Eftir inntöku eins 100 mg skammts af sildenafili með erýtrómýcíni, sem er sértækur CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag í 5 daga) varð 182% hækkun á aðgengi sildenafils (AUC). Hjá venjulegum heilbrigðum körlum, sem voru sjálfboðaliðar, komu engar vísbendingar í ljós um að azitrómýcín (500 mg daglega í þrjá daga) hefði áhrif AUC, C_{max}, t_{max}, stuðul útskilnaðarhraða né heldur í kjölfar þess á helmingunartíma sildenafils eða þess umbrotsefnis, sem mest er af í blóði. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli címetidín (800 mg), sem er cýtókróm P450 hemill og ósértækur hvað varðar CYP3A4, 56% aukningu á blóðþéttni sildenafils þegar það var gefið samtímis sildenafili (50 mg). Greipaldinsafi, sem er vægur hemill á CYP3A4 umbrot í þarmavegg, getur valdið lítils háttar aukningu á blóðþéttni sildenafils. Taka eins skammts af sýrubindandi lyfi (magnesíumhýdroxíð / álhýdroxíð) hafði ekki áhrif á aðgengi sildenafils. Enda þótt sérstakar rannsóknir hafi ekki verið gerðar á milliverkunum við ótl lyf, kom í ljós við mat á lyfjahvörfum, að samtímis notkun eftirtalinna lyfja hafði ekki áhrif á lyfjahvörf sildenafils: CYP2C9 hemlar (eins og tólbútamíð, warfarín og fenýtóín), CYP2D6 hemlar (eins og sértækir serótónín endurupptöku hemlar og þríhringlaga geðdeyfðarlyf), tíazíð og skyld þvagræsilyf, mikilvirk (loop-) og kalíumsparandi þvagræsilyf, ACE-hemlar, kalsíumgangalokar, beta-hemlar eða lyf sem örva CYP450 umbrot (eins og rífampicín, barbítúröt). **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað konum. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Þar sem skýrt hefur verið frá svima og breytingu á sjón í klínískum rannsóknum á sildenafili eiga sjúklingar að ganga úr skugga um hvaða áhrif lyfið hefur á þá áður en þeir aka bifreið eða stjórna vinnuvélum. **Aukaverkanir:** Skýrt hefur verið frá eftirtöldum aukaverkunum (tíðni >1%) hjá sjúklingum sem hafa verið meðhöndlaðir með ráðlögðum skömmtum í klínískum rannsóknum: *Hjarta og æðakerfi:* Höfuðverkur (12,8%), roði/hitasteypur (10,4%), svimi (1,2%). *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir (4,6%). *Öndunarfæri:* Nefstífla (1,1%). *Skynfæri:* Sjóntruflanir (1,9%; vægar og tímabundnar, einkum truflun á litaskyni, en einnig aukið ljósnæmi eða þokusýn). Í rannsóknum þar sem notaðir voru fastir (fixed) skammtar voru meltingartruflanir (12%) og sjóntruflanir (11%) algengari þegar notaðir voru 100 mg skammtar en þegar minni skammtar voru notaðir. Einnig hefur verið skýrt frá vöðaverkjum þegar sildenafil hefur verið notað örar en ráðlagt er. Aukaverkanirnar voru vægar eða í meðallagi, en urðu tíðari og alvarlegri með auknum skammti. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum: *Almennar:* Ofnæmi (þ.m.t húðútbrot). *Hjarta og æðakerfi:* Í tengslum við notkun Viagra hefur verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi, lágþrýstingi, yfirliði og hraðtakti. Í örfáum tilvikum hefur verið greint frá lágþrýstingi við samtímis notkun sildenafils og alfa-hemla. *Þvag- og kynfæri:* Langvarandi stinning getnaðarlims og/eða standpína. *Skynfæri:* Augnópægindi: Greint hefur verið frá augnverkjum og rauðum augum/blóðhlaupnum augum. **Pakkningar og verð 1. september 2002: Töflur 25 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.074 kr.;**Töflur 50 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.663 kr; 12 stk. (þynnupakkað), 12.033 kr.; **Töflur 100 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 5.578 kr.; 12 stk. (þynnupakkað), 14.382 kr.
Nánari upplýsingar um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0.
Einkaumboð á Íslandi: PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Heimild: 1) Sadowsky et al, International Journal of Clinical Practice, mars 2001. Vol. 55 nr. 2.

XENICAL A08AB01.
Hvert hart hylki inniheldur 120 mg af orlístati. **Ábendingar:** XENICAL er ætlað ásamt hitaeiningaskertu fæði til meðferðar hjá offitusjúklingum með þyngdarstuðul hærri eða jafnan 30 kg/m² (BMI) eða yfir þyngdarsjúklingum (BMI 28 kg/m²) með tengda áhættuþætti. Meðferð með orlístati ætti einungis að hefja ef megrunarfæði eingöngu hefur áður leitt til minnst 2,5 kg þyngdartaps á 4 vikum. Meðferð með orlístati á að hætta eftir 12 vikur ef sjúklingi hefur ekki tekist að losa sig við a.m.k. 5% af líkamsþyngd sinni reiknað frá upphafi lyfjameðferðar. **Skammtar og lyfjagjöf; Fullorðnir:** Ráðlagður skammtur af orlístati er eitt 120 mg hylki, tekið með vatni rétt fyrir, með eða allt að einni klst. eftir aðalmáltíð (þ.e. 3 hylki á dag). Sé máltíð sleppt eða hún án fitu, á að sleppa að taka inn orlístat. Sjúklingurinn á að vera á fæði sem inniheldur öll nauðsynleg næringarefni, en aðeins færri hitaeiningar en hans daglega þörf segir til um og ætti um 30% hitaeininganna að vera úr fitu. Mælt er með ríkulegri neyslu ávaxta og grænmetis. Daglegri neyslu fitu, kolvetna og próteins skal dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins. Ekki hefur verið sýnt fram á að orlístat skammtar stærri en 120 mg þrisvar á dag bæti árangur. Áhrif orlístats leiða til aukningar á fitu í saur, strax 24-48 klukkustundum eftir inntöku. Pegar meðferð er hætt verður fituinnihald hægða yfirleitt aftur eins og það var fyrir meðferð, innan 48-72 klukkustunda. **Sérstakir sjúklingahópar.** Áhrif orlístats hjá sjúklingum með lifrar- og/eða nýrnabilun, börnum og öldruðum sjúklingum hafa ekki verið rannsökuð. Orlístat er ekki ætlað til notkunar handa börnum. **Frábendingar:**Langvinnt vanfrásogsheilkenni. Gallteppa. Brjóstagjöf. Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Í klínískum rannsóknum var minnkun líkamsþyngdar við orlístat meðferð minni hjá sjúklingum með fullorðinssykursýki heldur en hjá sjúklingum sem ekki voru með sykursýki. Þegar orlístat er tekið, getur nákvæmt eftirlit með sykursýki lyfjameðferð verið nauðsynlegt. Samtímis gjöf orlístats og ciclósporíns er ekki ráðlögð (sjá kafla 4.5). Ráðleggja skal sjúklingum að halda sig við það mataræði sem mælt er með (sjá 4.2 Skammtar). Hætta á meltingartruflunum (sjá 4.8 Aukaverkanir) getur aukist þegar orlístat er tekið með fituríkri fæðu (t.d. fæða með 2000 hitaeiningum á dag, þar sem > 30% hitaeininga úr fitu jafngildir > 67 g af fitu). Daglegri fituneyslu ætti að dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins. Ef orlístat er tekið með fituríkri máltíð, geta líkur á meltingartruflunum aukist. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Samtímis gjöf orlístats og akarbósa er ekki ráðlögð þar sem rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi. Þegar warfarín eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati á að fylgjast með blóðstorkugildum. Engar milliverkarnir við amitryptýlín, atorvastatín, biguaníða, dígoxín, fíbrata, flúoxetín, lósartan, fenýtóín, getnaðarvarnartöflur, fentermín, pravastatín, nífedipín Gastro intestinal Therapeutic System (GITS), nífedipín forðalyf, síbútramín eða alkóhól hafa komið fram. ***Fituleysanleg vítamín*** Meðferð með orlístati getur hugsanlega truflað frásog fituleysanlega vítamína (A, D, E og K). Flestir sjúklinganna, sem fengu meðferð með orlístati í allt að fjögur ár í klínískum rannsóknum voru með A-, D-, E- og K-vítamín og betakarótíngildi sem voru innan eðlilegra marka. Til að tryggja fullnægjandi næringu á að ráðleggja sjúklingum á megrunarfæði að neyta fæðu sem inniheldur ávexti og grænmeti og íhuga skal neyslu fjölvítamína. Sé neysla vítamína ráðlögð á að taka þau minnst 2 klst. eftir gjöf orlístats eða að kvöldi fyrir svefn. ***Ciklósporín*** Vart hefur orðið við minnkun í þéttni ciklósporíns í plasma ef það er gefið með orlístati. Þess vegna er mælt með því að fylgst sé oftar en venja er með plasmagildum ciklósporíns við samhliða gjöf og eftir að töku orlístats er hætt þar til ciklósporínþéttni er stöðug. ***Amíódarón*** Vart hefur orðið við smávægilega minnkun í þéttni amíódarons í plasma, þegar það er gefið sem einn skammtur, hjá takmörkuðum fjölda heilbrigðra sjálfboðaliða sem fá orlístat samtímis; hjá sjúklingum á amíódarón meðferð er klínískt mikilvægi þessara áhrifa óþekkt en gæti verið minniháttar. Hins vegar er klínískt eftirlit og hjartalínurit nauðsynlegt hjá sjúklingum sem eru samtímis á amíódarón meðferð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin klínísk gögn liggja fyrir um notkun orlístats á meðgöngu. Dýrarannsóknir benda hvorki til beinna né óbeinna skaðlegra áhrifa á meðgöngu, fósturvísi-/fósturþroska, fæðingu eða þroska eftir fæðingu (sjá kafla 5.3 Forklínískar upplýsingar). Gæta skal varúðar þegar lyfinu er ávísað á meðgöngu. Þar sem ekki er vitað hvort orlístat berst í brjóstamjólk á ekki að nota orlístat við brjóstagjöf. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** XENICAL hefur engin áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir af völdum orlístats eru aðallega frá meltingarvegi. Tíðni aukaverkana minnkaði við langtímanotkun orlístats. Eftirfarandi upptalning aukaverkana (fyrsta ár meðferðar) er byggð á aukaverkunum sem komu fram við tíðni > 2% og með tíðni 1% umfram lyfleysu í klínískum rannsóknum sem stóðu í 1 og 2 ár: Sýkingar af völdum baktería og sníkjudýra: Mjög algengar (10%): Inflúensa (39,7% á móti (vs) 36,2%). Efnaskipti og næring: Mjög algengar (10%): Blóðsykurslækkun* (13,0% vs 10,0%). Geðræn vandamál: Algengar (1 - < 10%): Kvíði (4,7% vs 2,9%), Taugakerfi: Mjög algengar (10%): Höfuðverkur (30,6% vs 27,6%). Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti: Mjög algengar (10%): Sýking í efri öndunarfærum (38,1% vs 32,8%). Algengar (1 - < 10%): Sýking í neðri öndunarfærum (7,8% vs 6.6%). Meltingarfæri: Mjög algengar (10%): Fitublettir frá endaþarmi (26,6% vs 1,3%), kviðverkir/-óþægindi (25,5% vs 21,4%), hægðavottur með vindgangi (23,9% vs 1,4%), bráð þörf fyrir hægðalosun (22,1% vs 6,7%), fitugar/seigfljótandi hægðir (20% vs 2,9%), vindgangur (16% vs 13,1%), þunnfljótandi hægðir (15,8% vs 11,4%), seigfljótandi hægðir (11,9% vs 0,6%), aukin hægðalosun (10,8% vs 4,1%). Algengar (1 - < 10%): Linar hægðir (8,8% vs 6,8%), vangeta við stjórn á hægðum (7,7% vs 0,9%), þaninn kviður* (6% vs 4%), verkir/óþægindi í endaþarmi (5,2% vs 4%), tannkvillar (4,3% vs 3,1%), tannholdskvillar (4,1% vs 2,9%). Nýru og þvagfæri: Algengar (1 - < 10%): Sýkingar í þvagrás (7,5% vs 7,3%). Æxlunarfæri og brjóst: Algengar (1 - < 10%): Tíðatruflanir (9,8% vs 7,4%). Almennar aukaverkanir og ástand tengt íkomuleið: Algengar (1 - < 10%): Þreyta (7,2% vs 6,4%).
* einungis einstakar, meðferðartengdar aukaverkanir sem komu fram við tíðni > 2% og með tíðni 1% umfram lyfleysu hjá offitusjúklingum með fullorðinssykursýki. Í klínískri rannsókn sem stóð í 4 ár var almenn dreifing aukaverkana svipuð því sem tilkynnt var um í 1 og 2 ára rannsóknum og dró úr heildartíðni aukaverkana frá meltingarvegi sem komu fyrir á 1. ári árfrá árí á þessu fjögurra ára tímabili.
Eftirfarandi eru aukaverkanir sem greint hefur verið frá eftir markaðsetningu: Ónæmiskerfi: Mjög sjaldgæfar (0,01 - < 0,1%): Ofnæmi (t.d. kláði, útbrot, ofsakláði, ofsabjúgur, berkjukrampi og bráðaofnæmi). Meltingarfæri: Örsjaldan koma fyrir (< 0,01%): Sarpbólga. Lifur og gall: Örsjaldan koma fyrir (< 0,01%): Gallsteinar. Lifrarbólga sem getur orðið alvarleg. Húð og undirhúð: Örsjaldan koma fyrir (< 0,01%): Blöðruútbrot. Rannsóknarniðurstöður: Örsjaldan koma fyrir (< 0,01%): Aukning á transamínósum og alkalínfosfatasa í lifur. Minnkun prótrombíns, aukið INR og segavarnarmeðferð úr jafnvægi sem leiddi til breytinga á blóðgildum hjá sjúklingum á meðferð með segavarnarlyfjum í tengslum við orlístat. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu**: Frá 1.8.2004: Hylki 120 mg: 42 stk (þynnupakkað): 6. 077 kr; 84 stk.(þynnupakkað): 9.687 kr. Greiðslufyrirkomulag: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðslu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini, elli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða að hámarki 1.375 kr fyrir lyfið en aðrir að hámarki 4.950 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. Heimilt er að ávísa lyfinu til 100 daga notkunar í senn. **Handhafi markaðsleyfis:** Roche Registration Limited, 40 Broadwater Road, Welwyn Garden City, Hertfordshire, AL7 3AY, Bretlandi. **Umboðsaðili á Íslandi**: Thorarensen Lyf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Samantekt um eiginleika lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar.

Cipralex® escitalopram. Cipralex, filmuhúðar töflur N 06 AB
Hver filmuhúðuð tafla inniheldur escítalópram 5 mg, 10 mg, 15 mg eða 20 mg (sem oxalat). **Ábendingar:** Meðferð gegn alvarlegum þunglyndisköstum. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Alvarleg þunglyndisköst: Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag. Tekið skal mið af svörun sjúklings, en skammtinn má auka í allt að 20 mg á dag. Venjulega tekur 2-4 vikur að fá fram verkun gegn þunglyndi. Eftir að einkennin hverfa, þarf meðferðin að halda áfram í a.m.k. 6 mánuði, til að tryggja að árangur haldist. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia): Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 10 mg á dag. Auka má skammtinn enn frekar eða í allt að 20 mg á dag, eftir því hver svörun sjúklingsins er. Hámarksárangur næst eftir u.þ.b. þrjá mánuði. Meðferðin stendur yfir í nokkra mánuði. Aldraðir sjúklingar (> 65 ára): Íhuga skal að hefja meðferð með hálfum ráðlögðum upphafsskammti og nota lægri hámarksskammt (sjá lið 5.2 Lyfjahvörf). Börn og unglingar (<18 ára): Öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum, hafa ekki verið rannsökuð og því er ekki ráðlagt að nota lyfið fyrir sjúklinga í þessum aldurshópum.Skert nýrnastarfsemi: Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga eða miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (CLCR minni en 30 ml/mín.) Skert lifrarstarfsemi: Ráðlagður upphafs-skammtur er 5 mg á dag, í 2 vikur. Eftir það má auka skammtinn í 10 mg, háð svörun sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir escítalóprami eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða meðferð með ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum (MAO-hemlum). **Varúð:** Hjá sumum sjúklingum með felmtursröskun geta kvíðaeinkenni aukist í upphafi meðferðar með geðdeyfðarlyfjum. Ef sjúklingur fær krampa skal undantekningarlaust hætta gjöf lyfsins. Forðast skal notkun serótónín endurupptökuhemla hjá sjúklingum með óstöðuga flogaveiki. Nákvæmt eftirlit skal hafa með sjúklingum með flogaveiki, sem tekist hefur að meðhöndla og stöðva skal meðferð með serótónín endurupptökuhemlum ef tíðni floga eykst. Gæta skal varúðar við notkun SSRI lyfja hjá sjúklingum sem hafa átt við oflæti að stríða (mania/hypomania). Stöðva skal meðferð með SSRI lyfjum ef sjúklingur stefnir í oflætisfasa. Hjá sjúklingum með sykursýki getur meðferð með SSRI lyfjum haft áhrif á sykurstjórnun. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammta af insúlíni og/eða sykursýkislyfjum til inntöku. Almenn klínísk reynsla af notkun SSRI lyfja sýnir, að sjálfsvígshætta getur aukist á fyrstu vikum meðferðar. Mikilvægt er að fylgjast náið með sjúklingi á þessu tímabili. Lækkun natríums í blóði hefur sjaldan verið skráð við notkun SSRI lyfja og hverfur venjulega þegar meðferðinni er hætt. Óeðlilegar húðblæðingar s.s. flekkblæðingar (ecchymoses) og purpuri hafa verið skráðar í tengslum við notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla. Sérstakrar varúðar ber að gæta hjá sjúklingum sem fá SSRI lyf samhliða lyfjum sem hafa áhrif á starfsemi blóðflagna svo og hjá sjúklingum með sögu um blæðingartilhneigingu. Almennt er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemla vegna hættunnar á að valda serótónín heilkenni. Í sjaldgæfum tilfellum hefur serótónín heilkenni verið skráð hjá sjúklingum, sem nota SSRI lyf samhliða serótónvirkum lyfjum. Ef þetta gerist skal strax hætta meðferð. Þegar meðferð með Cipralex er hætt, skal dregið úr skömmtum smám saman, á einni til tveimur vikum, til að koma í veg fyrir hugsanleg fráhvarfseinkenni. **Milliverkanir:** Notkun escítalóprams er frábending samhliða ósérhæfðum MAO-hemlum. Vegna hættunnar á serótónín heilkenni, er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemils og gæta skal varúðar við samtímis notkun selegilíns (óaftur-kræfur MAO-B-hemill). Gæta skal varúðar þegar samtímis eru notuð önnur lyf, sem geta lækkað krampaþröskuld. Gæta skal varúðar við samtímis notkun litíums og tryptófans. Forðast skal samtímis notkun náttúrulyfsins jónsmessurunna (St. John´s Wort). Ekki er vænst neinna milliverkana í tengslum við lyfhrif eða lyfjahvörf, á milli escítalóprams og alkóhóls. Samt sem áður, eins og við á um önnur geðlyf, er samhliða notkun alkóhóls ekki æskileg. Nauðsynlegt getur verið að minnka skammta af escítalóprami við samtímis notkun ensímhemlanna ómeprazóls og címetidíns. Gæta skal varúðar þegar escítalópram er gefið samhliða lyfjum, sem umbrotna fyrir tilstilli ensímanna CYP2D6 (flecaíníð, própafenón, metóprólól, desipramín, klómipramín, nortryptilín, risperidón, thíorídazín og halóperidól) og CYP2C19. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun escítalóprams á meðgöngu. Því ætti ekki að nota Cipralex á meðgöngu, nema brýna nauðsyn beri til. Gert er ráð fyrir að escítalópram skiljist út í brjóstamjólk. Ekki ætti að gefa konum með börn á brjósti escítalópram. **Akstur og notkun véla:** Þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á að escítalópram hafi ekki áhrif á vitsmunalega starfsemi eða hreyfigetu (psychomotor performance) geta öll geðlyf skert dómgreind eða hæfni. Sjúklingar skulu varaðir við hugsanlegri hættu á áhrifum á hæfni til aksturs og notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru algengastar á fyrstu og annarri viku meðferðar og yfirleitt dregur úr tíðni og styrk þeirra við áframhaldandi meðferð. Sé meðferð með sértækum serótónín endurupptökuhemlum hætt skyndilega eftir langvarandi meðferð, geta fráhvarfseinkenni komið fram hjá sumum sjúklingum. Þrátt fyrir að fráhvarfseinkenni geti komið fram þegar meðferð er hætt, benda fyrirliggjandi forklínískar og klínískar upplýsingar ekki til þess að um ávanahættu sé að ræða. Fráhvarfseinkenni af völdum escítalóprams hafa ekki verið metin á kerfisbundinn hátt. Þau fráhvarfseinkenni sem komið hafa fram í tengslum við racemískt cítalópram eru svimi, höfuðverkur og ógleði. Meirihluti þeirra eru væg og afmörkuð (self-limiting). Í tvíblindum samanburðarrannsóknum með lyfleysu var tíðni eftirfarandi aukaverkana hærri vegna escítalóprams en lyfleysu: ógleði, sviti, svefnhöfgi, svimi, svefnleysi, hægðatregða, niðurgangur, minnkuð matarlyst, kynlífstruflanir, þreyta, hiti, bólgur í ennis- og kinnholum og geispar. **Ofskömmtun:** Teknir hafa verið inn 190 mg skammtar af escítalóprami án þess að alvarleg einkenni hafi komið fram. Einkenni ofskömmtunar eftir inntöku racemísks cítalóprams (>600 mg): Svimi, skjálfti, geðshræring, svefnhöfgi, meðvitundarleysi, krampar, hraðtaktur, breytingar á hjartarafriti (ECG) með breytingum á ST-T, breikkun á QRS-komplex, lengt QT-bil, hjartsláttartruflanir, andnauð, uppköst, rákvöðvalýsa (rhabdomyolosis), efnaskiptablóðsýring, of lág blóðþéttni kalíums. Búist er við að ofskömmtun af escítalóprami myndi valda svipuðum einkennum. Ekki er um sérstakt mótefni að ræða. Tryggið opinn öndunarveg, nægilegt súrefni og fullnægjandi öndun. Magaskolun skal framkvæma eins fljótt og auðið er eftir inntöku. Mælt er með eftirliti með hjartastarfsemi og lífsmörkum ásamt almennri einkennameðferð. **Pakkningar og verð (Júní 2004):** Cipralex 5 mg 28 stk kr. 2.667, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 6.815, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 4.401, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 7.891, Cipralex 10 mg 100 stk kr. 12.274, Cipralex 10 mg 200 stk kr. 21.634, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 6.037, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 17.947, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7.601, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13.937, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 22.335.
Handhafi markaðsleyfis: H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kaupmannahöfn – Valby, Danmörk. Umboðsmaður á Íslandi: Austurbakki hf., Köllunarklettsvegi 2,104 Reykjavík;
sími 563 4000. Markaðsleyfi var veitt 31. maí 2002

Seretide Diskus
GlaxoSmithKline, R 03 AK 06 **R,B**
Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki).
Hver afmældur skammtur inniheldur: 50 míkróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 míkróg af flútíkasónpróþíónati. **Ábendingar Astmi:** Seretide Diskus er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn astma, þar sem samsett meðferð (langverkandi berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við: - þegar ekki næst nægileg stjórn á sjúkdómnum með notkun barkstera til innöndunar og stuttverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja. Eða - þegar viðunandi stjórn á sjúkdómnum næst með notkun barkstera til innöndunar og langverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja Athugið: Seretide Diskus 50/100 míkróg styrkleikinn hæfir hvorki fullorðnum sjúklingum né börnum með slæman astma. **Langvinn lungnateppa** Seretide Diskus er ætlað til meðferðar á einkennum hjá sjúklingum með alvarlega langvinna lungnateppu (FEV_1 < 50% af áætluðu eðlilegu gildi) sem hafa umtalsverð einkenni þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum og sögu um endurtekna versnun. **Skammtar og lyfjagjöf** Seretide Diskus er eingöngu ætlað til innöndunar. Gera þarf sjúklingum ljóst að Seretide Diskus verður að nota daglega til að ná hámarks árangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Sjúklingar ættu að fá þann styrkleika af Seretide Diskus sem inniheldur viðeigandi skammt af flútíkasónpróþíónati m.t.t. sjúkdómsástands. Ef sjúklingur þarf á skömmtum að halda sem liggja utan ráðlagðra skammtastærða, ætti að ávísa viðeigandi skömmtum af berkjuvíkkandi lyfi og/eða barkstera. Ráðlagðir skammtar: **Astmi** Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Eða Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 250 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Eða Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Börn 4 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Upplýsingar fyrir varðandi notkun Seretide Diskus hjá börnum yngri en 4 ára, liggja ekki fyrir. **Langvinn lungnateppa** Fullorðnir: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasónpróþíónat, tvisvar sinnum á dag. Sérstakir sjúklingahópar: Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Það liggja ekki fyrir upplýsingar um notkun Seretide Diskus hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Notkun Diskus-tækisins: Tækið er opnað og hlaðið með þar til gerðri sveif. Munnstykkið er síðan sett í munninn og það umlukið með vörunum. Þá er hægt að anda skammtinum að sér og síðan er tækinu lokað. **Frábendingar** Seretide Diskus er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir virku efnunum eða hjálparefninu. **Varnaðarorð og varúðarreglur** Meðferð á astma og lanvinnri lungnateppu ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Seretide Diskus er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum astmaeinkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávalt að hafa við höndina. Stöðvun meðferðar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu getur einnig fylgt versnun einkenna og hún ætti að vera undir eftirliti. **Milliverkanir:** Vegna þess hve lítil þéttni lyfjanna er í blóðvökva eftir innandaða skammta eru líkurnar á klínískt mikilvægum milliverkunum ekki miklar. Gæta þarf varúðar þegar samtímis eru gefnir þekktir, öflugir CYP3A4-hemlar (t.d. ketókónazól, rítónavír) þar sem þéttni flútíkasónpróþíónats getur hugsanlega aukist. Aukin þéttni við langvarandi notkun lyfjanna getur leitt til aukinnar bælingar á starfsemi nýrnahettna. Greint hefur verið frá nokkrum tilfellum slíkra milliverkana sem höfðu klínískа þýðingu (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka nema þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun Seretide Diskus á meðgöngu og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur ávinningur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum.Við meðferð hjá þunguðum konum ætti að nota lægsta skammt af flútíkasónpróþíónati sem nægir til að halda astmaeinkennum í skefjum. **Aukaverkanir:** Þar sem Seretide Diskus inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasónpróþíónats: Salmeteról:Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2 örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við reglubundna meðferð. Hjartsláttartruflanir (þ.m.t. gáttatitringur (atrial fibrillation), ofanslegils-hraðsláttur (supraventricular tachycardia) og aukaslög (extrasystols) geta komið fram hjá sumum sjúklingum. Greint hefur verið frá liðverkjum, vöðvaverkjum, vöðvakrömpum, ertingu í koki og ofnæmisviðbrögðum, þ.m.t. útbrotum, bjúg og ofsabjúg (angioedema). Flútíkasónpróþíónat: Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi geta komið fram hjá sumum sjúklingum. Hægt er að draga úr bæði hæsi og tíðni sveppasýkinga með því að skola munninn með vatni, eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð, samtímis notkun á Seretide Diskus. Greint hefur verið frá ofnæmisviðbrögðum í húð. Greint hefur verið frá mjög sjaldgæfum tilfellum bjúgs í andliti og koki. Hugsanlegar almennar aukaverkanir eru m.a. bæling á nýrnahettustarfsemi, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, beinþynning, drer í auga og gláka (sjá 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Klínískar rannsóknir á Seretide Diskus: Eftirfarandi aukaverkanir reyndust algengar (>1/100 og <1/10): Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot. **Pakkningar og verð**: Diskus – tæki. Innúðadúft 50 míkróg + 100 míkróg./skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkrógramm: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3.Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.019 krónur, Seretide 50/250: 7.637 krónur, Seretide 50/500: 10.305 krónur.

Dagsetning 220904-02

Tilvísanir: 1. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJH, Pauwels RA, Pedersen SE. Can guidline-defined asthma control be achived? The Gaining Optimal Asthma contrL study. AJRCCM Article in Press. Published on July 15, 2004 as doi:10.1164/rccm.200401-033OC.



AVANDAMET 1 mg/500mg og 2 mg/500 mg filmuhúðaðar töflur.
ATC flokkur: A10BD03.
Hver tafla inniheldur 1 mg eða 2 mg af rósíglítazóni (sem rósíglítazón maleat) og 500 mg af metformín hýdróklóríði (sem svarar til 390 mg metformíns). **Ábendingar:** AVANDAMET er ætlað til meðferðar fyrir sjúklinga sem hafa sykursýki af tegund 2, sérstaklega fyrir þá sjúklinga sem eru of þungir og hafa ekki náð fullnægjandi stjórnun á blóðsykri með þeim hámarksskammti sem þeir þola af metformíni til inntöku, einu sér. **Skammtar:** Venjulegur upphafsskammtur af AVANDAMET er 4 mg/dag af rósíglítazóni og 2000 mg/dag af metformín hýdróklóríði (gefinn sem tvær töflur af AVANDAMET 1 mg/500 mg, tvisvar á dag). Rósíglítazón má auka í 8 mg/dag eftir 8 vikur ef þörf er fyrir aukna blóðsykursstjórnun. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 8 mg/2000 mg (þessum skammti er hægt að ná með AVANDAMET 2 mg/500 mg, tveimur töflum, tvisvar á dag). Aldraðir: Þar sem metformín er skilið út um nýrun og aldraðir sjúklingar hafa tilhneigingu til skertrar nýrnastarfsemi, ættu aldraðir sjúklingar sem taka Avandamet að láta fylgjast reglulega með nýrnastarfsemi sinni. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: AVANDAMET ætti ekki að nota hjá sjúklingum með nýrnabilun eða skerta nýrnastarfsemi t.d. kreatínín gildi í sermi>135 míkrómól/l hjá karlmönnum og >110 míkrómól/l hjá konum og/eða kreatíníntúthreinsun<70 ml/mín. Börn og unglingar:Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun rósíglítazóns hjá sjúklingum undir 18 ára aldri og því er notkun þess ekki ráðlögð hjá þessum aldurshópi. **Frábendingar:** Ekki má nota AVANDAMET hjá sjúklingum með: ofnæmi fyrir rósíglítazóni, metformín hýdróklóríði eða einhverju hjálparefnanna; hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA); bráða eða langvinna sjúkdóma sem geta valdið súrefnisskorti í vefjum svo sem:-hjarta- eða öndunarbilun-nýlegt hjartadrep lost-skerta lifrarstarfsemi; bráða áfengiseitrun, áfengissýki; ketónblóðsýringu eða dá af völdum sykursýki; nýrnabilun eða skerta nýrnastarfsemi t.d. með kreatínín gildi í sermi > 135 míkrómól/l hjá karlmönnum og > 110 míkrómól/l hjá konum og/eða kreatíníntúthreinsun < 70 ml/mín.; bráða sjúkdóma eða við aðstæður sem geta haft áhrif á starfsemi nýrna svo sem: vökvaskort; alvarlega sýkingu;lost; gjöf joðaðra skuggaefna í æð; barn á brjósti. AVANDAMET á heldur ekki að nota samhliða insúlíni. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Engin klínísk reynsla er af notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku, hvorki samhliða meðferð með AVANDAMET né notkun metformíns og rósíglítazóns samtímis.
Mjólkursýrublóðsýring er mjög sjaldgæf en alvarleg aukaverkun, sem getur komið fram vegna uppsöfnunar á metformíni. Í þeim tilfellum sem mjólkursýrublóðsýring hefur komið fram hjá sjúklingum á metformínmeðferð hefur verið um að ræða sykursýkisjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi. Tilfellum þar sem mjólkursýrublóðsýring kemur fram, er hægt og ætti að fækka með því að meta einnig aðra tengda áhættuþætti svo sem vanmeðhöndlaða sykursýki, ketósu, langvinnar föstur, óhóflega áfengisneyslu, skerta lifrarstarfsemi og annað ástand er tengist súrefnisskorti í vefjum. Rósíglítazón getur valdið vökvauppsöfnun sem getur aukið eða komið af stað hjartabilun. Fylgjast þarf með vísbendingum um og einkennum vökvauppsöfnunar þ.m.t. þyngdaraukningu. Skert nýrnastarfsemi hjá öldruðum sjúklingum er algeng og einkennalaus. Sérstakrar varúðar skal því gæta við aðstæður sem geta haft áhrif á nýrnastarfsemi, svo sem við upphaf meðferðar gegn háþrýstingi eða til þvagræsingar eða þegar meðferð er hafin með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID). Skert nýrnastarfsemi hjá öldruðum sjúklingum er algeng og einkennalaus. Gjöf joðaðra skuggaefna í æð í geislarannsóknum getur leitt til nýrnabilunar. Því ætti, vegna virka efnisins metformíns, að hætta meðferð með AVANDAMET fyrir, eða meðan á rannsókninni stendur og ekki halda henni áfram fyrr en 48 klukkustundum eftir að rannsókn lýkur og þá aðeins eftir að nýrnastarfsemi hefur verið endurmetin og reynst eðlileg .**Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar formlegar rannsóknir hafa verið gerðar á milliverkunum AVANDAMET, hins vegar hefur samhliða notkun virku efnanna hjá sjúklingum í klínískum rannsóknum og við víðtæka almenna notkun ekki leitt í ljós neinar óvæntar milliverkanir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin forklínísk eða klínísk gögn liggja fyrir varðandi notkun AVANDAMET á meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** AVANDAMET hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Engar klínískar rannsóknir hafa verið gerðar með AVANDAMET töflum. Hins vegar hefur verið sýnt fram á að AVANDAMET er jafngilt rósíglítazóni og metformíni, sem gefin eru inn samhliða. Eftirfarandi upplýsingar byggja á samhliða notkun rósíglítazóns og metformíns, þar sem rósíglítazóni hefur verið bætt við metformín. Engar rannsóknir hafa verið gerðar þar sem metformíni er bætt við rósíglítazón. Mjög algengar og algengar aukaverkanir frá rósíglítazóni: Blóðleysi, blóðsykursfall, uppþemba, ógleði, magabólga, uppköst. Mjög algengar eða algengar aukaverkanir frá metformíni: Einkenni frá meltingarvegi svo sem ógleði, uppköst, niðurgangur, kviðverkir og lystarleysi eru mjög algeng. Þessi einkenni koma oftast fram í upphafi meðferðar og hverfa yfirleitt af sjálfu sér.Málmbragð er algengt. **Ofskömmtun:** Engin gögn eru til varðandi ofskömmtun AVANDAMET. Nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá eða heimasíðu Lyfjastofnunnar, www.lyfjastofnun.is. **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS:** GlaxoSmithKline, Þverholti 14, 105 Reykjavík . Pakkningar og verð júlí 2004 1mg/500mg 56 stk. 3.119 kr.- 1mg/500mg 112 stk. 5.603 kr.- 2mg/500mg 56 stk. 4.988 kr.- 2mg/500mg 112 stk 9.153 kr.- Greiðsluþátttaka: TR greiðir lyfið að fullu.17/09/04

Nexium SÝRUHJÚPTÖFLUR, A 02 BC 05 (Styttur sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

AstraZeneca

Innihaldslýsing: *Hver sýruhjúptafla inniheldur:* Esomeprazolum INN, magnesíum þríhýdrat samsvarandi Esomeprazolum INN 20 eða 40 mg. **Ábendingar:** *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease):* Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis, langtímameðferð til þess að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju, meðferð á einkennum sjúkdóma af völdum bakflæðis frá maga í vélinda. *Til upprætingar á Helicobacter pylori ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð:* Til að lækna Helicobacter Pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter Pylori tengd sár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að gleypa heilar ásamt vökva og þær má hvorki tyggja né mylja. *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis:* 40 mg einu sinni á sólarhring í 4 vikur. Fjögurra vikna meðferð til viðbótar er ráðlögð handa þeim sjúklingum sem ekki hafa fengið lækningu eða ef einkenni eru enn til staðar. Langtímameðferð til að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju: 20 mg einu sinni á sólarhring. *Meðferð á einkennum vegna bakflæðis frá maga í vélinda:* 20 mg einu sinni á sólarhring handa sjúklingum sem ekki eru með bólgu í vélinda. Ef einkenni hafa ekki horfið innan 4 vikna, skal sjúklingur gangast undir frekari rannsóknir. Eftir að einkenni hafa horfið, má halda þeim niðri með því að taka 20 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. *Ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð til upprætingar á Helicobacter pylori og til að lækna Helicobacter pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár:* 20 mg ásamt amoxicillini 1 g og klaritromycini 500 mg eru gefin samtímis tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga. *Börn: Nexium er ekki ætlað börnum. Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. *Vegna takmarkaðrar* reynslu hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi, skal gæta varúðar við meðferð þeirra. *Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með vægt til miðlungs alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfssemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. *Aldraðir:* Hjá öldruðum er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esómeprazóli, benzímidazólsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun lyfsins:** Útiloka skal illkynja sjúkdóm, þar sem meðferð með Nexium getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. Sjúklingar á langtímameðferð (sérstaklega ef meðferð varir lengur en eitt ár) skulu vera undir reglulegu eftirliti. Sjúklingum sem nota lyfið eftir þörfum skal leiðbeina um að hafa samband við lækninn sinn ef eðli einkenna breytast. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Áhrif esómeprazóls á lyfjahvörf annarra lyfja:* Minna sýrumagn í maga við meðferð með esómeprazóli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og á við um önnur lyf sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketókónazóls minnkað meðan á meðferð með esómeprazóli stendur. Esómeprazól hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esómeprazóls. Þegar esómeprazól er gefið samtímis lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og díazepam, citalópram, imipramín, klómipramín, fenýtóín o.s.frv., getur það valdið aukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esómeprazóli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samtímis gjöf á 30 mg af esómeprazóli olli 45% lækkun á klerans díazepams, sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samtímis gjöf á 40 mg af esómeprazóli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði því að flatarmál undir plasmaþéttni-tíma ferli (AUC) jókst um 32% fyrir cisapríð og útskilnaðarhelmingunartími (t1/2) lengdist um 31%, en engin marktæk hækkun varð á hámarksþéttni cisapríðs. Örlítil lenging á QTc bili, sem kom í ljós eftir gjöf á cisapríði einu sér, lengdist ekki frekar þegar cisapríð var gefið ásamt esómeprazóli. Sýnt hefur verið fram á að esómeprazól hefur ekki klínísk marktæk áhrif á lyfjahvörf amoxicillíns, kínidíns eða warfaríns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun esómeprazóls á meðgöngu. Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið þunguðum konum. Ekki er vitað hvort esómeprazól berst í brjóstamjólk og ættu konur með barn á brjósti ekki að nota Nexium. **Aukaverkanir:** ***Algengar (> 1%):*** Höfuðverkur, kviðverkir, niðurgangur, vindgangur, ógleði/uppköst, hægðatregða. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Svimi, munnþurrkur, húðbólgur (dermatitis), kláði, ofsakláði. **Lyfhrif:** Esómeprazól er S-handhverfa ómeprazóls og dregur úr seytingu magasýru og er verkunarháttur mjög sértækur. Það hemlar sértækt sýrupumpuna í parietal frumum magans. Bæði R- og S- handhverfur ómeprazóls hafa svipuð lyfhrif. **Lyfjahvörf:** *Frásog og dreifing:* Esómeprazól er ekki sýrustöðugt og þess vegna er það gefið til inntöku sem sýruhjúpkyrni. Umbreyting í R-handhverfu er óveruleg in-vivo. Esómeprazól frásogast hratt, hámarksþéttni í plasma næst um 1-2 klst. eftir inntöku. Aðgengi er 64%. Dreifirúmmál við stöðuga þéttni er um 0,22 l/kg líkamsþunga. Esómeprazól er 97% próteinbundið í plasma. Fæðuneysla bæði seinkar og dregur úr frásogi esómeprazóls en hefur engin marktæk áhrif á verkun esómeprazóls á sýrustig magans. **Pakkningar og hámarksverð:** Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti: *20 mg: 7 töflur í veski:* 1.679 kr., *28 töflur í veski:* 5.294 kr., *50 töflur, þynnupakkaðar:* 8.793 kr., *56 töflur í veski:* 9.714 kr., *100 töflur, glas:* 15.198 kr. 40 mg: *7 töflur í veski:* 2.191 kr., *28 töflur í veski:* 6.518 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 11.057 kr., *100 töflur í glasi:* 19.625 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** Ágúst 2004.

Heimildaskrá *1.* Edwards et al. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15; 1729 - 1736 *2.* Castell et al. Am. J. Gastroenterol 2002; 97, no. 3, 575 - 583 *3.* Lauritsen et al. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 333 - 341 *4.* Miner et al. Am J. Gatroenterol 2003; 98, no. 12, 2616 - 2620.

Markaðsleyfishafi: *AstraZeneca, A/S Albertslund, Danmark.* **Umboð á Íslandi:** *PharmaNor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.* **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá**

Nexium® yfirburða sýruhemill

Spiriva, Innöndunarduft í hylkjum, R03B B04

Innihaldslýsing: Hvert hylki inniheldur 22,5 míkrógrömm af tíótrópínbrómíð einhýdrati samsvarandi 18 míkrógrömmum af tíótrópíni ásamt hjálparefninu Mjólkursykur einhýdrat. **Ábendingar:** Tíótrópín er berkjuvíkkandi lyf sem er ætlað sem viðhaldsmeðferð við langvinnri lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af tíótrópínbrómíði er innöndun á innihaldi úr einu hylki með HandiHaler innöndunartæki einu sinni á dag, alltaf á sama tíma dagsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Tíótrópínbrómíð hylki má ekki gleypa. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ráðlagt börnum yngri en 18 ára. **Sérstakir sjúklingahópar:** Aldraðir sjúklingar mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi mega nota tíótrópínbrómíð í ráðlögðum skömmtum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tíótrópínbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ípratrópíni eða oxítrópíni eða hjálparefninu mjólkursykur einhýdrati. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Tíótrópínbrómíð, sem er berkjuvíkkandi lyf gefið sem viðhaldsmeðferð einu sinni á dag, á ekki að nota sem upphafsmeðferð við bráðum berkjukrampa, þ.e. bráðameðferð. Skyndilegt ofnæmi getur komið fram eftir gjöf tíótrópínbrómíðs innöndunardufts. Eins og á við um önnur andkólínvirk lyf á að nota tíótrópínbrómíð með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku, blöðruhálskirtilsstækkun eða þrengsli í blöðruhálsi. Innöndunarlyf geta valdið innöndunartengdum berkjukrampa. Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs til alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópínbrómíð ef ávinningur er umfram hugsanlega áhættu. Engin reynsla er af langtímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. Sjúklingar skulu áminntir um að varast að duftið berist í augu. Þeim skal sagt að það geti valdið útfellingum eða versnun þrönghornsgláku, verk í auga eða óþægindum, tímabundinni þokusýn, áru í auga (visual halos) eða lituðum blettum (coloured images) í tengslum við roða í augum vegna vökvasöfnunar í táru eða glæru. Sjúklingar eiga að hætta notkun tíótrópínbrómíðs og hafa strax samband við lækni ef einkenni eða merki um þrönghornsgláku koma fram. Munnþurrkur, sem hefur komið fram við notkun andkólvirkra lyfja, getur tengst tannskemmdum sé hann langvarandi. Tíótrópínbrómíð á ekki að nota oftar en einu sinni á dag. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar formlegar milliverkanarannsóknir hafa verið gerðar en tíótrópínbrómíð innöndunarduft hefur verið notað samtímis öðrum lyfjum án þess að aukaverkanir hafi komið fram. Meðal þessara lyfja eru berkjuvíkkandi lyf með adrenhermandi verkun, metýlxantín, sterar til inntöku og innöndunar, sem almennt eru notuð í meðferð við langvinnri lungnateppu. Samtímis notkun tíótrópínbrómíðs og annarra andkólínvirkra lyfja hefur ekki verið könnuð og er því ekki ráðlögð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um útsetningu fyrir tíóprópínbrómíði á meðgöngu. Rannsóknir á dýrum hafa sýnt fram á skaðleg áhrif á æxlun sem tengjast eituráhrifum á móðurina. Engar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um útsetningu kvenna með barn á brjósti fyrir tíótrópínbrómíði. Byggt á niðurstöðum úr rannsóknum á mjólkandi nagdýrum berst tíótrópínbrómíð í litlu magni í brjóstamjólk. Því skal hvorki nota tíótrópínbrómíð handa þunguðum konum né konum með barn á brjósti nema væntanlegur ávinningur sé meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið eða barnið. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin sem kom fram í klínískum rannsóknum hjá 906 sjúklingum sem fengu tíótrópínbrómíð í eitt ár var munnþurrkur. Munnþurrkur kom fram hjá um 14% sjúklinga. Munnþurrkur var venjulega vægur og hvarf oft við áframhaldandi meðferð. Aðrar aukaverkanir sem fram komu hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru með tíótrópínbrómíði í klínískum rannsóknum í eitt ár (samkvæmt líffæraflokkunarkerfi WHO) voru: Algengar (>1/100,<1/10): **Meltingarfæri**: Hægðatregða. **Varnarkerfi**: Sveppasýking (moniliasis). **Öndunarfæri**: Skútabólga, kokbólga. Sjaldgæfar (>1/1000,<1/100): **Almennar**: Ofnæmi. **Hjartsláttur og taktur**: Hraðtaktur. **Þvagfæri**: Erfiðleikar við þvaglát, þvagteppa. **Ofskömmtun:** Stórir skammtar af tíótrópínbrómíði geta valdið einkennum andkólínvirkra áhrifa. Þó komu engar almennar aukaverkanir fram vegna andkólínvirkra áhrifa hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir innöndun á einum skammti allt að 340 míkrógrömmum af tíótrópínbrómíði. Auk þess komu engar aukaverkanir fram sem skipta máli, fyrir utan munnþurrk, hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum sem fengu allt að 170 míkrógrömm af tíótrópínbrómíði á dag í 7 daga. Í rannsókn á endurteknum skömmtum hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu sem fengu mest 43 míkrógramma dagsskammt af tíótrópínbrómíði í 4 vikur hafa engar marktækar aukaverkanir komið fram. Bráð eiturverkun vegna inntöku tíótrópínbrómíðs hylkja af vangá er ólíkleg þar sem aðgengi er lítið eftir inntöku. **Lyfhrif:** Tíótrópínbrómíð er langvirkur, sértækur múskarínviðtaka-blokki (andkólínvirkt lyf). Með bindingu við múskarínviðtaka í sléttum vöðvum í berkjum hindrar tíótrópínbrómíð kólínvirk áhrif (berkjuþrengingu). Í öndunarvegi hamlar tíótrópínbrómíð M_3-viðtaka í sléttum vöðvum, en hömlunin einkennist af samkeppni og er afturkræf og leiðir til slökunar. Áhrifin voru skammtaháð og stóðu yfir í meira en 24 klst. **Greiðslufyrirkomulag:** B. **Pakkningar og verð:** 1. janúar 2003, 30 hylki,18 µg með HandiHaler®: 7169 kr, 30 hylki,18µg án HandiHaler®: 6905 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** Boehringer Ingelheim Danmörku A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø. Markaðssett í samstarfi við: Pfizer ApS, Danmörku, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. **Umboð á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá.**

Ráðstefnur og fundir

6.-9. október
Bad Hofgastein, Salzburg, Austurríki.
Sjöunda evrópska Health Forum Gastein, undir titlinum: Global Health Challenges, European Approaches and Responsibility.
Sjá nánar á slóðinni: *www.ehfg.org*

4.-6. nóvember
París
JIB, Journées Internationales de Biologie, 49. árlegur fundur samtakanna.
Sjá nánar á heimasíðunni: *www.sdbio.fr*

30. nóvember-1. desember
Osló.
Alþjóðleg ráðstefna: Cancer Screening Conference. Allar frekari upplýsingará *www.cancerscreening-oslo.info*

4.-5. mars
Amelia-eyju, Flórída.
Physical Medicine & Rehabilitation for Clinicians, námskeið á vegum Mayo Clinic, College of Medicine. Nánari upplýsingar á *www.mayo.edu*

Frá Félagi áhugamanna um sögu læknisfræðinnar

Egils Snorrasonar fyrirlesturinn 2004

History – close to the heart
Coronary heart disease today and yesterday

Fyrirlesari: **Bengt W. Johansson** MD PSE FACC FICA hjartalæknir Málmey

Fyrirlesturinn verður haldinn í Hringssal Barnaspítala Landsspítala laugardaginn 30. oktober kl.11.00 og er öllum opinn. Fyrirlesturinn er fluttur á ensku.

Bengt W. Johansson starfaði sem yfirlæknir og aðstoðarprófessor á hjartadeild háskólasjúkrahússins í Málmey. Hann er heiðursfélagi í sænska hjartalæknafélaginu. Hann hefur stundað klíniskar rannsóknir á kransæðasjúkdómum og faraldsfræði. Hann hefur sinnt sögu læknisfræðinnar og meðal annars rannsakað sögu hjartalækninga.

Að fundi loknum eru kaffiveitingar í boði **Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar.**

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi. Annað án nafna höfunda, stofnana og án þakka sé um þær að ræða. Greininni fylgi yfirlýsing þess efnis að allir höfundar séu samþykkir lokaformi greinar og þeir afsali sér birtingarrétti til blaðsins.

Handriti skal skilað með tvöföldu línubili á A-4 blöðum. Hver hluti skal byrja á nýrri blaðsíðu í eftirtalinni röð:

- Titilsíða: höfundar, stofnanir, lykilorð á ensku og íslensku
- Ágrip og heiti greinar á ensku
- Ágrip á íslensku
- Meginmál
- Þakkir
- Heimildir

Töflur og myndir skulu vera á ensku eða íslenskum, að vali höfunda.

Tölvuunnar myndir og gröf komi á rafrænu formi ásamt útprenti. Tölvugögn (data) að baki gröfum fylgi með, ekki er hægt að nýta myndir úr PowerPoint eða af netinu.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti.

Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: *www.laeknabladid.is*

Umræðuhluti

Skilafrestur efnis í næsta blað er 20. undanfarandi mánaðar nema annað sé tekið fram.



Njóttu lífsins

Pfizer Ísland
PharmaNor hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ
Sími 535 7000

Pfizer

Lífið er okkar starf

Sérlyfjatexti á bls. 722